



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Doutoramento em Saúde Pública
Especialidade em Promoção da Saúde
Ramo Saúde Mental
2006/2012

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM ESPAÇO URBANO

**A investigação participada de base comunitária na construção de um
plano local de promoção de saúde mental – Um estudo de caso**

Doutorando: José Carlos Rodrigues Gomes

Comissão Tutorial:

Professora Doutora Maria Isabel Guedes Loureiro
(Orientadora)

Professor Doutor Luís Graça Henriques

Professor Doutor José Agustin Ozamiz

Lisboa, abril de 2012

Trabalho de dissertação desenvolvido por José Carlos Rodrigues Gomes, no âmbito do Doutoramento em Saúde Pública, especialidade em Promoção da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
[escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico]

Ao Luis Paulo

Ao Diogo André

"Health to me is about decent housing, nice neighbours, good friends, not feeling isolated, having enough money to live on, having a clean environment, and some community facilities and resources"

[Saúde, para mim, é ter uma habitação decente, bons vizinhos, bons amigos, não me sentir isolada, ter dinheiro suficiente para ir vivendo, ter um ambiente limpo, e algumas estruturas e recursos comunitários]¹

Uma mãe solteira de 50 anos "Stitched Up!
Action for health in Ancoats, 1993

¹ Tradução do autor

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho e o esforço nele despendido teria sido inglório sem o estímulo e a colaboração de todos aqueles que connosco o partilharam. A todos o meu *profundo bem-haja*.

À Professora Doutora Isabel Loureiro, que me abriu novas perspectivas em termos de formação e aprendizagem na fascinante e exigente área da promoção da saúde, me lançou para o desafio da investigação de âmbito europeu e confiou nas minhas competências para integrar a sua equipa no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. entre 2008 e 2010;

Ao Professor Doutor José Agustin Ozamiz, pela confiança que em mim depositou desde o início do nosso trabalho comum em 2004, neste desbravar pela promoção da saúde mental num espaço de referência europeu: *gracias, maestro*;

Ao professor Doutor Luís Graça, pela paciência que demonstrou, permitindo-me um crescimento ao meu ritmo manifestando sempre o apoio e a presença que lhe foi solicitado;

Ao Professor Doutor Pedro Aguiar, pelo apoio paciente e pedagógico no tratamento estatístico dos dados;

Ao professor Luís Saboga Nunes, pela cedência da tradução portuguesa da *socioeconomic scale* e pelo apoio na sua análise;

Um imenso muito obrigado a todos os elementos da Comissão Social de Freguesia de Amora e a todos aqueles que aceitaram partilhar comigo esta tarefa desempenhando o exigente papel de entrevistador, que, amavelmente e de forma voluntária, se prestaram a fazer parte desta vasta equipa e sem os quais este trabalho não teria sido possível. Obrigado por me darem o vosso melhor...

Um especial apreço ao Núcleo Executivo da Comissão Social da Freguesia de Amora, em particular á Dra. Odete Gonçalves, Presidente da Junta de Freguesia até Julho de 2011, á Dra. Inês Paiva, à Dra. Eunice Teixeira e ao Sr. Manuel Araújo (presidente de junta desde 2011) pela paciência com que me permitiram a realização deste estudo e pelo carinho com que sempre me receberam nessa grande casa que é a cidade de Amora.

Aos amorenses, aos professores das escolas e aos técnicos superiores de serviço social da cidade de Amora, que, anonimamente permitiram a realização da recolha de informação fundamental para a resposta aos desafios deste estudo;

A minha família em geral, e aos meus filhos em particular, que me desculpem pela presença menos atenta que possa ter dispensado em muitos momentos, mas para eles fica a promessa sincera de um regresso por inteiro muito brevemente.

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

A saúde pública deve estar atenta aos contextos e às mudanças sociais, políticas, económicas, científicas e tecnológicas com que se confrontam constantemente as comunidades, particularmente em situações de grandes transformações como o momento que a União Europeia atravessa. A urbanização é provavelmente a mudança demográfica mais importante das últimas décadas. Tendo importantes repercussões sobre a saúde mental, é importante desenvolver a investigação neste domínio, de forma multidisciplinar e integrando a compreensão dos diferentes determinantes sociais, psicológicos e físicos.

As políticas de saúde mental tornaram-se uma parte importante da política social e da sociedade de bem-estar, em particular se considerarmos a urbanização das nossas comunidades. Considerar a saúde mental em espaço urbano é fundamentalmente estudar como um espaço particular pode influenciar a saúde.

Baseado nesta reflexão, desenvolveu-se uma investigação participada de base comunitária, com recurso a uma metodologia de estudo de caso. Recorreu-se a dezenas de documentos de referência local, registos em arquivo, à observação direta, à observação participante e à observação *in loco* do espaço urbano. Foi utilizada uma amostragem em bola de neve, estratificada, para selecionar 697 habitantes de uma cidade da área metropolitana de Lisboa. Estes habitantes foram entrevistados por 42 entrevistadores, previamente formados, assim como foram enviados questionários *on-line* dirigidos aos professores (196) e aos Técnicos Superiores de Serviço Social (12) em exercício no espaço urbano em estudo, para a caracterização sociodemográfica e para avaliação de indicadores de saúde, de indicadores relacionados com a saúde e de indicadores estruturais de saúde mental.

Os resultados mostraram um espaço urbano promotor de saúde estrutura-se para capacitar os seus cidadãos a se integrarem ativamente no funcionamento da sua comunidade. Foram identificadas algumas características como 1) o início do processo de promoção da saúde mental ser o mais precoce possível; 2) a participação comunitária ativa, num sentimento de segurança individual e comunitária, envolvendo estruturas governamentais e não-governamentais; 3) a solidariedade e a inclusão, promovendo o voluntariado e a promoção do suporte social e desenvolvendo a coesão social; 4) o reconhecimento das necessidades expressas pelos habitantes; 5) a identificação de respostas para a conciliação entre vida pessoal, familiar e profissional; 6) as estruturas de acompanhamento dos grupos sociais mais desfavorecidos; 7) as estratégias de combate ao isolamento envolvendo a população sénior e outros grupos minoritários ativamente no processo de reorganização do seu funcionamento social; 8) uma efetiva governança e gestão relacional por parte dos poderes locais, centrando a vida quotidiana da comunidade nas pessoas.

A investigação participada de base comunitária constitui um instrumento útil e eficaz no desenho de planos locais de promoção da saúde mental para encontrar respostas ao desafio em saúde pública: a saúde mental e a urbanização.

Palavras-chave: Espaço urbano; Investigação participada de base comunitária; Promoção da saúde; Saúde mental; Capacitação.

RESUMÉ ET MOTS CLÉS

La santé publique doit être consciente des contextes et des changements sociaux, politiques, économiques, scientifiques et technologiques qui confrontent constamment nos communautés, particulièrement dans les moments de grandes transformations, comme celui que l'Union Européenne traverse. L'urbanisation est probablement le changement démographique le plus important dans les dernières décennies. Ayant d'importantes répercussions sur la santé mentale, il est nécessaire de développer la recherche dans ce domaine, de façon pluridisciplinaire et intégrant une compréhension des différents déterminants sociale, psychologique et physique.

Les politiques de santé mentale sont devenues une partie importante de la politique sociale et du bien-être, surtout si l'urbanisation de nos communautés est tenue en compte. Considérer la santé mentale dans les zones urbaines c'est essentiellement étudier comment un espace particulier peut influencer la santé.

Tenant en compte ces considérations, nous avons développé un programme de recherche communautaire participative, en utilisant une méthodologie d'étude de cas. Nous avons analysé des dizaines de documents de référence locaux, des dossiers d'archives, l'observation directe, l'observation participante et l'observation *in-situ* de l'espace urbain. Un échantillonnage en boule de neige, stratifié, a été utilisé pour sélectionner 697 habitants d'un territoire d'une ville métropolitaine de Lisbonne. Ces habitants ont été interrogés par 42 enquêteurs formés, et nous avons envoyé des questionnaires *on-line* pour les enseignants (196) et les techniciens des services sociaux (12) agissant dans la région urbaine en étude urbaine pour la caractérisation sociodémographiques et l'évaluation d'indicateurs de santé, et d'indicateurs liés à la santé ainsi que des indicateurs structurels de la santé mentale.

Les résultats montrent que la ville promotrice de santé mentale se structure de façon à permettre à ses citoyens d'intégrer activement le fonctionnement de leur communauté, compte tenu 1) le processus de promotion de la santé mentale commence le plus tôt possible, 2) la participation communautaire active, qui développe un sentiment et les structures de sécurité de la communauté impliquant les structures gouvernementales et non gouvernementales, 3) la solidarité et l'inclusion, la promotion du bénévolat et la promotion du soutien social et le développement de la cohésion sociale, 4) la reconnaissance des besoins exprimés par les habitants; 5) l'identification des réponses à la réconciliation de la vie individuelle, familiale et professionnelle, 6) des structures de support pour les groupes sociaux défavorisés; 7) des stratégies visant à lutter contre l'isolement des personnes âgées et d'autres groupes minoritaires en les engageant activement dans le processus de réorganisation leur fonctionnement social, 8) une gouvernance relationnelle et une gestion efficace par les autorités locales, en se concentrant sur la vie quotidienne des gens de la collectivité. La recherche communautaire participative est un outil utile et efficace pour la conception d'un plan local de promotion de la santé mentale, permettant les moyens de relever ce défi pour la santé publique: la santé mentale et l'urbanisation.

Mots-clés: Espace urbain; Recherche communautaire participative; Promotion de la santé; Santé mentale; *Empowerment*

ABSTRACT AND KEY WORDS

Public health should be aware of context and to social, political, economic, scientific and technological changes that are constantly facing communities, particularly in situations of great change as the time the European Union is going through. Urbanization is probably the most important demographic change in recent decades. Having an important impact on mental, it is important to develop research in this field, in a multidisciplinary way and integrating the understanding of the different social, psychological and physical determinants.

Mental health policies have become an important part of social policy and societal well-being, especially considering the urbanization of our communities. To consider the mental health in urban areas it is essential to study how a particular space can influence health.

Based on this consideration, we developed a community-based participatory research, using a case study methodology. We appealed to dozens of local reference documents, records on file, direct observation, participant observation and *in-situ* observation of an urban space. We used a stratified snowball sampling to select 697 inhabitants of a city from Lisbon metropolitan area. These inhabitants were interviewed by 42 interviewers previously trained, and we also sent online questionnaires for teachers (196) and the Social Service Technicians (12) acting in the urban area for a sociodemographic characterization and the assessment of health indicators, health-related indicators and structural indicators of mental health.

The results show that the health promoter city structure itself to enable its citizens to actively integrate the functioning of their community, considering 1) the process of mental health promotion as early as possible, 2) active community participation, building a sense of personal security and community structures involving governmental and nongovernmental authorities, 3) solidarity and inclusion, promoting volunteerism, promoting social support and developing social cohesion, 4) recognition of the needs expressed by the inhabitants; 5) the identification of responses to the reconciliation of personal, family and professional life, 6) monitoring and enhancing structures to the most disadvantaged social groups; 7) strategies to combat the isolation, involving senior citizens and other minority groups actively in the process of the reorganization their social functioning, 8) an effective relational governance and management by local authorities, focusing on the everyday life of the community people. The community-based participatory research is a useful and effective tool to design a mental health promotion local plan to find answers for this challenge in public health: mental health and urbanization.

Keywords: Urban space, Community-based participatory research; Health promotion; Mental health; Empowerment.

RESUMEN E PALABRAS CLAVE

La salud pública debe tener en cuenta los contextos y los cambios sociales, políticos, económicos, científicos y tecnológicos que nuestras comunidades enfrentan constantemente, particularmente en situaciones de grande cambio como aquel que la Unión Europea está pasando. La urbanización es probablemente el cambio demográfico más importante en las últimas décadas. Teniendo importantes repercusiones en la salud mental, es importante el desarrollo de una investigación multidisciplinar integrando una amplia comprensión de los diferentes determinantes sociales, psicológicos y físicos.

Las políticas de salud mental se han convertido en una parte importante de la política social y bienestar de la sociedad, especialmente teniendo en cuenta la urbanización de nuestras comunidades. Considerar la salud mental en las zonas urbanas es esencialmente el estudio de cómo un espacio determinado puede influir en la salud.

En base a esta consideración, hemos desarrollado una investigación participativa basada en la comunidad, utilizando una metodología de estudio de caso. Hizo un llamamiento a decenas de documentos de referencia locales, de registros en los archivos, observación directa, observación participante y observación *in situ* del espacio urbano. Se utilizó una amostragem bola de nieve, estratificada, para seleccionar 697 habitantes de una ciudad del área metropolitana de Lisboa. Estas personas fueron entrevistadas por 42 encuestadores, previamente entrenados. Se envió también un cuestionario *on-line* para profesores (196) y técnicos de servicio social (12) que actúan en la ciudad en estudio para la caracterización sociodemográficas, y evaluación de indicadores de salud, indicadores relacionados con la salud y los indicadores estructurales de salud mental.

Los resultados muestran que la ciudad promotora de salud mental se estructura para permitir a sus ciudadanos que se integren activamente en el funcionamiento de su comunidad, teniendo en cuenta 1) el proceso de promoción de la salud mental, tan pronto como sea posible, 2) la participación activa de la comunidad, con un sentido de seguridad personal de las estructuras y de la comunidad que involucran estructuras gubernamentales y no gubernamentales, 3) la solidaridad y la inclusión, la promoción del voluntariado y la promoción del apoyo social y el desarrollo de la cohesión social, 4) el reconocimiento de las necesidades expresadas por los habitantes; 5) la identificación de las respuestas a la conciliación de la vida personal, familiar y profesional, 6) desarrollo de las estructuras de los grupos sociales más desfavorecidos; 7) las estrategias para combatir el aislamiento en la tercera edad y otros grupos minoritarios con un involucramiento activo en el proceso de reorganización su funcionamiento social, 8) una gobernanza relacional y gestión eficaz de las autoridades locales, centrándose en la vida cotidiana de las personas de la comunidad. La investigación participativa basada en la comunidad es una herramienta útil y eficaz para el diseño de un plan local de promoción de la salud mental que permite respuestas a este reto en salud pública: la salud mental y la urbanización.

Palabras clave: Espacio urbano; Investigación participativa basada en la comunidad; Promoción de la salud; Salud mental, *Empowerment*.

ÍNDICE

	Página
Índice de figuras.....	xii
Índice de gráficos.....	xii
Índice de tabelas.....	xiii
Índice de caixas.....	xiii
Siglas e abreviaturas.....	xiiv
PARTE 1 – O ESTADO DA ARTE	
Saúde mental e espaço urbano: uma nota prévia.....	17
Capítulo 1 – Saúde mental: o novo desafio da saúde pública	
1. Saúde mental: a evolução de um conceito.....	27
1.1. Saúde e saúde mental: a procura de um conceito.....	29
1.1.1. Doença mental e saúde pública: os custos escondidos.....	32
1.1.2. Saúde Mental Positiva.....	38
2. Determinantes de saúde mental.....	42
3. Promoção de saúde mental.....	46
3.1. Evidência em promoção da saúde mental.....	51
4. Saúde mental ao longo do ciclo vital.....	56
4.1. Políticas de saúde mental compreensivas.....	57
4.2. Construir comunidades mentalmente saudáveis.....	60
4.3. Desenvolver o ambiente físico.....	61
4.4. Proporcionar oportunidades para atividades de lazer e participação cívica.....	62
4.5. Melhorar a saúde mental de crianças na primeira infância.....	63
4.6. Promover o desenvolvimento de escolas mentalmente saudáveis.....	65
4.7. Promover uma vida profissional mentalmente saudável.....	66
4.8. Promover a saúde mental dos idosos.....	68
Capítulo 2 - Cidade(s) e saúde mental	
1. A epopeia urbana.....	73
2. Um problema de saúde pública chamado urbanização.....	78
3. Cidades e organização territorial em Portugal.....	81
3.1. Breve história do poder regional e local em Portugal.....	82
3.1.1. Os distritos.....	85
3.1.2. Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional.....	86
3.1.3. Regiões Administrativas: uma realidade futura?.....	87
3.2. Nomenclatura de unidades territoriais para fins estatísticos.....	88
3.3. As áreas urbanas: uma regionalização <i>bottom-up</i> ?.....	91
3.6. Os municípios e as freguesias.....	94
4. Cidades em rede.....	97
4.1. A cidade educadora.....	100
4.2. A cidade saudável.....	104
5. Cidades, redes e gestão relacional na promoção da saúde mental.....	108
Capítulo 3 - Construir saúde mental: um caminho possível	
1. O promotor de saúde mental.....	113
2. Indicadores estruturais e políticas de saúde mental.....	117
3. Determinantes estruturais de saúde mental.....	122
3.1. Factores sociais e ambientais.....	123
3.1.1. Política de saúde mental compreensiva.....	123

3.1.2. Capital social: comunidades mentalmente saudáveis	126
3.1.3. Ambiente físico	130
3.1.4. Lazer	132
3.2. Idade e ambientes.....	134
3.2.1. Experiências na infância antes da idade escolar	135
3.2.2. Ambiente escolar	139
3.2.3. Vida profissional.....	142
3.2.4. Pessoas idosas.....	144

PARTE 2: A INVESTIGAÇÃO PARTICIPADA DE BASE COMUNITÁRIA

Capítulo 4 – Materiais e métodos

1. Justificação e pertinência do tema.....	151
2. Objecto e objectivos da investigação.....	152
2.1. Tema	152
2.2. Questões de investigação	153
2.3. Finalidade geral	153
2.4. Objectivos específicos	153
3. O desenho do estudo	155
4. Investigação participada de base comunitária: uma construção partilhada	160
4.1. Procedimentos participados: a comunidade como centro da intervenção	163
4.2. Delimitação e caracterização das áreas de intervenção.....	165
4.3. Seleção e operacionalização das variáveis: um processo participado	166
4.4. Populações e amostras	172
4.5. A primeira proposta de intervenção	175
4.6. Método de procedimento e análise estatística	177
4.7. Adaptação e validação de instrumentos	178
4.7.1. A escala OSS-3	178
4.7.2. Escala SES	182

Capítulo 5 - Os resultados da Investigação participada de base comunitária

1. Os resultados: uma nota prévia	187
2. O espaço urbano da cidade de amora	188
2.1. Espaços verdes	191
2.2. O desporto no espaço e no tempo da cidade de amora	193
2.3. A escola e a cidade	193
2.4. Cidadania e saúde mental.....	198
2.5. Inclusão e capital social.....	199
2.6. Recursos de saúde.....	203
3. A população	206
3.1. Sexo, estado civil e escolaridade.....	206
3.2. Rendimento e nível socioeconómico	208
3.3. Atividade profissional e saúde mental.....	209
3.4. Valores, suporte e participação social	211
3.5. Saúde mental e sentido de coerência	213
3.6. Saúde e qualidade de vida	215
3.7. Hábitos e estilos de vida	218
3.8. Parentalidade e saúde mental	219
3.9. Envelhecimento e saúde mental	220
4. Construção de um modelo preditivo	222
5. Construção do plano local de promoção de saúde mental.....	226

Capítulo 6 – Plano Local de Promoção de saúde Mental de Amora

1. Desenvolvimento do <i>n'Amora Bem</i>	235
2. Pressupostos e valores do <i>n'Amora Bem</i>	237
3. Ponto de partida: diagnóstico resumo.....	239
4. Eixos do <i>n'Amora Bem</i>	243
Capítulo 7 – Discussão dos resultados	
1. Discussão dos resultados	253
1.1. Os objectivos e as limitações do estudo	253
1.2. A metodologia.....	254
1.3. Adaptação e validação de instrumentos.....	255
1.4. O olhar sobre o espaço urbano da cidade de Amora	257
1.4.1. Nível de saúde mental na cidade de Amora.....	261
1.4.2. Diferenças nos níveis de saúde mental.....	262
1.5. Amora: espaço urbano promotor de saúde mental	273
4. O <i>n'Amora Bem</i>	276
Capítulo 8 – Conclusões e sugestões	
1. Conclusão	281
2. Recomendações numa perspectiva de saúde pública	285
Referências bibliográficas	i
Legislação consultada	xxxix
Fontes virtuais.....	xxxix
Anexos	
Anexo I – Cidades de Portugal.....	Anexo ii
Anexo II – Formulário 1: População.....	Anexo vii
Anexo III – Questionário 2: Professores.....	Anexo xix
Anexo IV – Questionário 3: técnicos superiores de serviço social.....	Anexo xiv
Anexo V – Lista de entrevistadores.....	Anexo xxix
Anexo VI – Glossário utilizado na formação dos entrevistadores.....	Anexo xxxi
Anexo VII – Indicadores MMHE-31.....	Anexo xlv
Anexo VIII – Constituição da Comissão Social de Freguesia de Amora.....	Anexo lxii
Anexo IX – Quadros e gráficos referentes à parte 3 – Discussão e interpretação dos resultados....	Anexo lxii
Anexo X – Plano Local de promoção da saúde Mental da freguesia da Amora <i>n'Amora Bem</i>	Anexo cxii
Anexo XI - Atividades de apoio ao desenvolvimento da tese.....	Anexo cxxviii

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura I.0.1: As oito dimensões da Agenda de Lisboa.....	19
Figura I.1.1: A visão tridimensional da saúde.....	30
Figura I.1.2: O modelo funcional da saúde mental.....	40
Figura I.1.3: Os dez elementos da saúde mental: influências positivas e negativas.....	42
Figura I.1.4: Determinantes de saúde mental, agrupadas em quatro domínios.....	43
Figura I.1.5: Indicadores estruturais de saúde mental: uma representação gráfica.....	44
Figura I.1.6: O sistema de saúde como um determinante social.....	58
Figura I.2.1: Evolução da sociedade desde o início do neolítico até à “Glória da cidade”.....	77
Figura I.2.2: Divisão de Portugal continental em NUTS II, NUTS III e municípios.....	90
Figura I.2.3: Os sete pilares para a liderança política.....	108
Figura I.3.1: As competências centrais em promoção da saúde.....	114
Figura I.3.2: Modelando o impacto da saúde mental sobre o capital social.....	129
Figura II.3.1: Representação gráfica do Plano Local de Promoção da Saúde Mental de Amora.....	158
Figura II.4.1: As sinergias da investigação de translação.....	161
Figura II.4.2: Enquadramento do estudo no modelo PRECEDER / PROCEDER.....	162
Figura II.4.3: Breve caracterização das áreas urbanas em estudo.....	166
Figura II.5.1: Brasão de armas da Cidade de Amora.....	188
Figura II.5.2: Evolução da população residente no município do Seixal (2001-2011).....	190
Figura II.5.3: Espaços verdes na freguesia de amora.....	192
Figura II.5.4: Localização geográfica das escolas na cidade de Amora.....	194

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico I.2.1: Evolução da população urbana vs população rural de 1950 a 2050.....	79
Gráfico II.5.1: Respostas de docentes por estabelecimento de ensino.....	195
Gráfico II.5.2: Anos de exercício profissional por nível de ensino.....	196
Gráfico II.5.3: Temáticas relacionadas com a saúde mental por nível de ensino.....	197
Gráfico II.5.4: Profissionais que prestam aconselhamento e apoio emocional na escola.....	198
Gráfico II.5.5: Profissionais que atuam como figura de referência na escola.....	198
Gráfico II.5.6: Áreas de intervenção dos TSSS questionados.....	201
Gráfico II.5.7: Resposta dos TSS relativas ao desenvolvimento de políticas no âmbito da inclusão e coesão social.....	201
Gráfico II.5.8: Planos de promoção da segurança de pessoas vulneráveis segundo os TSSS.....	202
Gráfico II.5.9: Distribuição da amostra população pela área de residência.....	206
Gráfico II.5.10: Nível socioeconómico nas cinco áreas urbanas em estudo.....	209
Gráfico II.5.11: Valores médios de suporte social por área de residência.....	212
Gráfico II.5.11: Nível de saúde mental por área de residência.....	214
Gráfico II.5.12: Correlação entre o nível de saúde mental e os anos de escolaridade completos, o suporte social e o sentido de coerência.....	215
Gráfico II.5.12: Doença crónica referenciada pela amostra nas últimas duas semanas.....	217
Gráfico II.5.13: Alimentos consumidos pela população no dia anterior.....	219
Gráfico II.5.14: Curva ROC do modelo preditivo (regressão logística múltipla).....	224

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro I.1.1: Estimativa a 12 meses da carga de doença mental na União Europeia.....	33
Quadro I.1.2: Sofrimento mental em Portugal.....	34
Quadro I.1.3: Carga de doença no mundo “todas as idades” no ano 2000.....	35
Quadro I.1.4: Carga de doença no mundo 15 aos 44 anos no ano 2000.....	36
Quadro I.1.5: Custos económicos e sociais da doença mental em Inglaterra.....	37
Quadro II.3.1: Fontes de evidência num estudo de caso.....	157
Quadro II.4.1: Premissas para o diagnóstico social e passos no âmbito do PLPSMA.....	164
Quadro II.4.2: Operacionalização das variáveis (indicadores estruturais MMHE-31).....	168
Quadro II.4.3: Operacionalização das variáveis relacionadas com a saúde mental.....	171
Quadro II.4.4: Operacionalização das variáveis relacionadas com dados sociodemográficos e estilos de vida.....	172
Quadro II.4.5: Caracterização dos entrevistadores.....	174
Quadro II.4.6: Questionários/formulários recolhidos, anulados e validados.....	175
Quadro II.4.7: Estatística de homogeneidade dos itens e coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach das escalas do OSS-3).....	181
Quadro II.4.8: Correlações de Spearman dos itens das escalas do OSS-3.....	182
Quadro II.4.9: Variáveis consideradas e recodificação na construção do índice socioeconómico.....	183
Quadro II.4.10: Correlações de Spearman entre nível socioeconómico, sentido de coerência, escolaridade, rendimento mensal, saúde mental.....	184
Quadro II.5.1: Área, população e densidade populacional de Amora em relação ao todo nacional.....	190
Quadro II.5.2: Projetos de promoção da cidadania na cidade de Amora.....	199
Quadro II.5.3: Estruturas de saúde por área urbana na cidade de Amora.....	205
Quadro II.5.4: Correlação de Spearman distância social e saúde mental.....	213
Quadro II.5.5: Omnibus Tests of Model Coefficients.....	222
Quadro II.5.6: Coeficientes de regressão logística, erro padrão, estatística de wald e respetivos graus de liberdade e significância estatística das variáveis incluídas na equação.....	223
Quadro II.5.7: Teste de Hosmer and Lemeshow goodness of fit do modelo proposto.....	223
Quadro II.5.7: Protocolo para a investigação baseada na comunidade: n’Amora Bem.....	227
Quadro II.5.8: Cronograma das ações desenvolvidas com a comunidade no âmbito da IPBC.....	230
Quadro II.6.1: Ponto de partida: diagnóstico resumo relativo aos MMHE-31.....	239
Quadro II.6.2: Ponto de partida: diagnóstico resumo relativo aos indicadores relacionados com a saúde mental e ao IMC.....	242
Quadro II.6.3: Eixo 1 - Uma escola com saúde mental.....	245
Quadro II.6.4: Eixo 2 - Uma comunidade ativa e segura.....	246
Quadro II.6.5: Eixo 3 - Uma comunidade solidária e inclusiva.....	247
Quadro II.6.6: Eixo 4 - Uma comunidade atenta.....	248
Quadro II.6.7: Eixo 5 - Uma organização económico-laboral promotora de saúde mental.....	248
Quadro II.6.8: Eixo 6 - Uma senioridade mentalmente saudável.....	249

ÍNDICE DE CAIXAS

	Pág.
Caixa I.2.1: NUTS I, II e III em Portugal, área e população em 2001.....	90
Caixa I.2.2: Listagem e composição das AM e CIM em Portugal continental.....	93
Caixa I.2.3: Princípios e valores da rede das cidades saudáveis.....	105
Caixa I.3.1: Principais marcos da evolução das políticas de saúde mental em Portugal (1998-2008).....	118

SIGLAS E ABREVIATURAS

a.C. - Antes de Cristo
ACESSS – Agrupamento de Centros de Saúde Seixal-Sesimbra
AICE - *Asociación Internacional de Ciudades Educadoras*
AIS – Avaliação do Impacte na Saúde
AM – Área Metropolitana
APROSS – Associação dos Profissionais de Serviço Social
AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test
AVI – Anos Vividos com Incapacidade
Cap. - capítulo
CCDR – Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional
CSFA – Comissão Social de Freguesia de Amora
CMS – Câmara Municipal do Seixal
NESCFA – Núcleo Executivo da Comissão Social de Freguesia de Amora
CE – Comissão Europeia
CIM – Comunidade Intermunicipal
ComUrb – Comunidade Urbana
EC – European Communities
EFTA – *European free Trade Association*
ENSP/UNL – Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa
FCHE – *Federal Centre for Health Education*
FMI – Fundo Monetário Internacional
GAM – Grande Área metropolitana
HSCL - 25 - *Hopkins Symptom Checklist-25*
IGE – Inspeção Geral da Educação
ILO – *International Labour Organization*
INE – Instituto Nacional de Estatística
INS – Inquérito Nacional de Saúde
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
IPBC – Investigação Participada de base Comunitária
JFA – Junta de Freguesia de Amora
EVI – Energia e vitalidade
MHI-5 – *Mental Health inventory* (5 itens)
MINDFUL – *Mental health information and determinants for the European level*
MMHE - 31 – Indicadores estruturais de Saúde mental (31 itens) segundo Ozamiz *et al* (2007)
MMHE – *Monitoring Mental Health Environments* (2007-2009). Projecto co-financiado pela DGSANCO (União Europeia)
MPMH – *Monitoring Positive Mental Health* (2004-2006). Projecto co-financiado pela DGSANCO (União Europeia)
DGSANCO – Direction Generale de la Santé e du Consomateur
N'Amora Bem – Plano Local de Promoção da saúde mental da freguesia de Amora
NECSFA – Núcleo executivo da Comissão Social de Freguesia da Amora
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMC – Organização Mundial do Comércio
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OSS-3 – *Oslo Social Support Scale* (3 itens)
PALOP's – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PES – Perceção do estado de saúde
PLPSM – Plano local de promoção da saúde mental
QdV – Qualidade de vida
RPCS – Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis
SES – Índice socioeconómico (*Socioeconomic scale*)
SoC-13 – sentido de coerência (13 itens)
TSSS – Técnico Superior de Serviço Social
EU – União Europeia
UN – *United Nations*
VICHEALTH – *Victorian Health Promotion Foudation*
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO – *World Health Organization*

Parte 1

○ ***“Estado da arte”***

“The important thing in science is not so much to obtain new facts as to discover new ways of thinking about them.”

Sir William Bragg (*Físico* - 1862 - 1942)

SAÚDE MENTAL E ESPAÇO URBANO: UMA NOTA PRÉVIA

“It is only necessary to make war with five things; with the maladies of the body, the ignorances of the mind, with the passions of the body, with the seditions of the city and the discords of families.”

Pitágoras (582 aC - 507 aC)

Pela sua própria natureza, a investigação em saúde mental é multidisciplinar e exige uma vasta compreensão dos diferentes determinantes sociais, psicológicos e físicos, que regulam a nossa vida cognitiva, afectiva e comportamental. Apesar de um franco desenvolvimento da investigação em saúde mental na infância, observamos que em outras áreas esta tem ficado significativamente aquém do necessário. A investigação sobre os determinantes da saúde mental está, de facto, numa fase muito inicial. É necessário encontrar respostas para as emergentes necessidades em saúde mental das comunidades que queremos servir (Lehtinen, 2008).

A saúde pública deve ser hoje encarada no contexto das mudanças sociais, políticas, económicas, científicas e tecnológicas que confrontam constantemente as comunidades na Europa do século XXI (Lee & Paxman; 1997), como o comprova o momento que a União Europeia atravessa.

Olhando para a organização da estrutura produtiva das nossas sociedades percebemos o impacto significativo que esta tem na vida das pessoas. A urbanização é provavelmente a mudança demográfica mais importante do passado século XX e deste início de século em que vivemos. O processo de urbanização das comunidades representa por si própria um sinal efetivo de mudança de como a maioria da população mundial tem vivido nos últimos milhares de anos (Galea & Vlahov, 2005).

No início do século XIX apenas 5% da população mundial vivia em áreas urbanas. No final do século passado já 46% da população mundial vivia em áreas urbanas (Brockhoff, 2000). Este crescimento parece condenado a manter-se. A reflexão sobre esta problemática previu 4000 milhões de pessoas a viverem em centros urbanos em 2010, em todo o mundo (Yassi; Guidotti, Jjellstrom; 2001).

A Europa não é exceção. Segundo a Comissão Europeia, no ano de 2004, 80% da população da União Europeia vivia em áreas urbanas. O espaço urbano torna-se um espaço de ação privilegiado para a intervenção em Saúde Pública, em particular no que se refere à Promoção da Saúde. A OMS tem-no repetido sucessivamente ao longo dos seus relatórios anuais nos últimos anos (WHO, 2001a, 2002a, 2004a). A urbanização das comunidades é, assim, um factor transversal a considerar no processo de promoção e proteção da saúde.

Freudenberg (2000) reforça este apelo quando afirma que *“nenhuma ameaça tem um impacto mais decisivo sobre a saúde pública do que a urbanização das populações humanas”*². Vappu Taipale (Lehtinen, 2008) acrescenta a este um outro alerta, não menos importante, relacionado com a saúde mental: *“A União Europeia precisa de uma política de saúde mental coerente.”*

Na *sociedade da informação* que emerge e que invade sucessivamente todos os momentos da sociedade, do lazer ao trabalho, da informação à comunicação, da relação à organização de novas estruturas sociais, a importância da saúde mental é crucial. Sem nenhum modelo para servir de base e consulta ao seu desenvolvimento social, ela deve ousar e ser capaz de criar uma nova estrutura. As estruturas sociais locais, semente incontornável em promoção da saúde são muito variadas, mesmo em países pioneiros, como, por exemplo, a Finlândia ou a Escócia. O capital social³ será cada vez mais necessário no futuro, como uma resposta aos desafios de um mundo em permanente mutação e onde muito se faz *on-line* e *in-time*.

Os métodos de produção desta denominada *sociedade da informação* exigem que as pessoas sejam flexíveis, criativas, inovadoras, capazes de aprender, capazes de criar, capazes de fazer contactos sociais e de funcionar em rede – por outras palavras, competências pessoais e mentais, numa envolvente comunitária, numa envolvente pública.

È neste sentido que a saúde mental é uma condição prévia para a produtividade económica e para a competitividade das sociedades. Enquanto a aprendizagem e o desenvolvimento de competências se tornaram imprescindíveis, qualquer privação de aprendizagem levará, incondicionalmente, à exclusão. Com uma aprendizagem de início precoce – logo a partir da fase fetal, com a capacitação dos progenitores – as

² Tradução do autor

³ O *Capital social* é um termo usado para descrever as características particulares dos relacionamentos sociais dentro de um grupo ou de uma comunidade (VICHEALTH, 2005)

oportunidades de aprendizagem da criança assumem a maior importância para o mundo inteiro. Este novo paradigma exige a conciliação entre o trabalho e a família, o desenvolvimento da organização da vida profissional e uma nova forma de organizar as necessidades das comunidades, mas, ainda assim, os exemplos de qualidade nesta área continuam, infelizmente, demasiado escassos, e longe de responder às necessidades com que, diariamente nos confrontamos na comunicação social. A Agenda de Lisboa aborda a necessidade de repensarmos estes contextos nas oito dimensões que considera centrais ao desenvolvimento sustentável (Gorjão-Henriques, 2011) (figura I.0.1).

Figura I.0.1: As oito dimensões da Agenda de Lisboa



Fonte: Adaptado da comunicação oral de Taipale (2009)

A promoção de saúde mental é, por isso, uma responsabilidade de toda a sociedade: no comércio e na indústria, no planeamento local, na educação, na cultura, na segurança nacional, e em tantos outros aspectos da sociedade, combatendo firmemente qualquer forma de exclusão e promovendo a participação efetiva de todos os cidadãos. O Sector Saúde, neste contexto, é apenas mais um importante

determinante social, de entre muitos outros, do nível de saúde mental das comunidades (Krieger *cit in* Victorian Health Promotion Foundation, 2005). A saúde mental deve ser entendida numa muito mais vasta amplitude, em ambientes transdisciplinares, de base comunitária, que ainda carecem de desenvolvimento.

As políticas de saúde mental e sua dimensão económica – o capital mental ⁴ – tornam-se uma parte importante da política social e da sociedade de bem-estar. Além disso, o capital mental é uma condição prévia para qualquer política de inovação e de desenvolvimento da produtividade de uma comunidade. É por isso que os projetos destinados a explorar este fenómeno ganham importância na realidade europeia deste início de século (Taipale, 2009).

O princípio que nasceu em Otava (WHO, 1986) e que criou um novo espaço de reflexão no processo de procurar mais saúde, para o maior número de pessoas ao mais baixo custo, não esqueceu esta nova realidade: uma *sociedade de informação* cada vez mais *urbanizada*. A definição de promoção da saúde como o “*processo de capacitar as pessoas a aumentar o seu controlo, e a promover a sua própria saúde*” (WHO, 1986), não pode esquecer os cinco objectivos fundamentais traçados para o efeito: 1) a reorientação dos serviços de saúde, 2) o desenvolvimento de competências pessoais para a saúde, 3) a criação de políticas públicas de promoção de saúde, 4) o desenvolvimento de ambientes saudáveis e 5) o reforço da ação comunitária para a saúde (WHO, 1986). Em Jakarta (WHO, 1997) declarou-se que “*a saúde é um direito humano básico e é essencial para o desenvolvimento social e económico*”, referindo-se à urbanização como uma ameaça para a saúde e o bem-estar de milhões de pessoas. Aliás, a urbanização tem sido um problema transversal em todas as cartas de promoção da saúde (WHO, 1986; 1988; 1991; 1997; 2000a). A *carta de Banguecoque para a promoção da saúde num mundo globalizado* volta a referir-se, de forma particularmente evidente, à urbanização como um dos factores críticos que hoje influenciam a saúde (WHO, 2005). A criação de cidades saudáveis continuará a ser um desafio fundamental para a saúde pública nos próximos séculos (Freudenberg, 2000). Esta realidade presente não pode ser menosprezada no desempenho dos profissionais e investigadores da área da saúde pública.

Numa forma mais particular, a saúde mental, negligenciada durante tanto tempo, é fundamental para o bem-estar dos indivíduos, das comunidades e dos países, e deve

⁴ O Capital mental refere-se aos recursos de auto-gestão e regulação que um indivíduo possui (Weehuizen, 2008).

ser reconsiderada sob uma nova visão e sob um novo plano de ação (WHO, 2001). Observamos deste modo dois problemas *major* que parecem unir-se no contexto atual aumentando a morbilidade da população em geral e da população urbana em particular: 1) a crescente urbanização das comunidades e 2) o aumento da incidência e prevalência dos distúrbios mentais e de comportamento nas comunidades que servimos.

O início do século XXI trouxe-nos uma nova compreensão da saúde mental e da doença mental. O relatório Mundial de Saúde da OMS de 2001 mostra-nos que os problemas de saúde mental são já um problema major de saúde pública com elevados níveis de morbilidade e incapacidade por todo o mundo (WHO, 2001). Na Europa, identificamos a mesma preocupante realidade. As novas necessidades dos cidadãos europeus são complexas e orientam a reflexão para a realidade da saúde mental: novas formas de organização social e familiar, a necessidade crescente da produtividade económica e o crescimento da população urbana nos últimos 30 anos exigem uma nova visão da saúde mental que temos, mas fundamentalmente, da saúde mental que queremos.

O tratamento da doença mental não é um trabalho fácil. Mas, trabalhar a montante, promovendo a saúde mental, em particular naquilo que é a sua dimensão positiva, é um longo caminho parcialmente desconhecido. Falar no seu desenvolvimento implica, por isso, falar em todas as vertentes relevantes para o bem-estar das comunidades que servimos. E aqui, saúde mental positiva⁵ significa melhor saúde, melhor produtividade, maior capacitação (*empowerment*) dos indivíduos e das comunidades, melhor qualidade de vida para os cidadãos.

Como já foi referido, os aspectos ambientais estão definitivamente relacionados com a saúde em geral e com a saúde mental em particular (WHO, 2001a, 2001b; 2002a, 2002b; 2004a; 2004b). Ora, se recordarmos os 80% da população europeia que vive em vilas e cidades, temos de considerar as áreas urbanas como aquelas onde os problemas ambientais mais afectam a qualidade de vida dos cidadãos europeus.

Porque é que as cidades podem influenciar a saúde da população? Como é que o espaço urbano afecta a saúde? Em particular, quais são os mecanismos pelos quais cada cidade pode influenciar positivamente a saúde dos seus habitantes?

⁵ Do inglês *Positive Mental Health*

Para responder a estas questões interessa, em primeiro lugar, perceber que as cidades não são estáticas. De facto é o próprio dinamismo das cidades que as define enquanto contexto urbano (Galea & Vlahov, 2005). Por isso, para considerar a saúde em cidades é fundamentalmente estudar como um espaço particular pode influenciar a saúde. Várias características das cidades, não só enquanto espaço físico, mas também na sua organização económica e social já estão referenciadas enquanto determinantes sociais e económicos para uma melhor saúde da população (Evans & Stoddart, 1990; Hamilton & Bhatti, 1996).

O espaço urbano construído pode influenciar quer a saúde física quer a saúde mental dos seus habitantes, que, aliás, são apenas duas faces da mesma moeda (WHO, 2001a; Sturgeon, 2007). Evidência tem sido construída sobre esta relação nos últimos anos: Weich *et al* (2002) demonstraram elevados níveis de depressão em áreas com espaço urbano construído considerado visualmente desagradável; Cohen (2000) encontra uma maior prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em espaços urbanos deteriorados; A construção e *design* do espaço construído, incluindo densidade urbana, uso intercalar do espaço, qualidades estéticas da construção e dos espaços, e funcionamento de redes sociais pode influenciar a atividade física (Handy *et al*, 2002). Literatura vária associa as condições da habitação e o nível de saúde (World Bank, 1999; Russel & Killoran, 2000; CEROI, 2004; OECD, 2011). Trabalhos mais recentes identificaram evidência entre o *design* do espaço urbano e o crime e a violência, sugerindo forte interação entre o espaço físico urbano e os ambientes sociais (Ginot *et al*, 1997; Russell & Killoran, 2000; EC, *Directorate General Environment*, 2000).

Definido genericamente como “a estrutura ocupacional, mercados de trabalho, processos económicos e sociais, serviços de saúde, de bem-estar sociais e humanos, relações de poder, governo, relações entre diferentes padrões culturais, iniquidade social, práticas culturais, arte, instituições religiosas e práticas, e crenças acerca do seu lugar na comunidade” (Barnet & Casper, 2001), o ambiente social urbano tem também sido caracterizado como um determinante major na saúde das comunidades urbanas (Freudenberg, Klitzman & Saegert, 2009). Por exemplo a relação entre suporte social e a saúde mental das comunidades tem sido cada vez mais evidente em estudos realizados nas últimas três décadas (Dean & Lin, 1977; Gottlieb, 1981; Turner, 1983; Turner *et al*, 1983; Cohen & Wills, 1985; Cohen & Syme, 1985; Kessler *et al*, 1985; Vaux, 1988; Saranson *et al*, 1990; Veil & Baumann, 1992). A teoria do

capital social tem sido largamente defendida como um modelo social que oferece maior esperança no que diz respeito ao desenho de intervenções de efetividade comprovada na promoção da saúde mental, na redução do crime violento, entre outros resultados identificados (Kennedy *et al*, 1998; Subramanian *et al*, 2001; Harpham *et al*, 2004).

Tendo estes aspectos em conta, para organizar os esforços no sentido de promover a saúde mental e definir esses mesmos esforços como recursos chave na prossecução de objectivos sociais e económicos, devemos procurar a evidência de quais as estratégias que nos podem ajudar a promover a saúde mental nas comunidades. Mas, como nos refere a OMS *“promover a saúde de uma população é um trabalho cuja complexidade, e frequentemente, cuja subtil dimensão, desafia académicos e profissionais de campo de variadas disciplinas: epidemiologistas, cientistas sociais, educadores, investigadores das políticas, economistas, planeadores do espaço urbano, e profissionais das ciências da saúde (...) todos contribuem para iluminar um ou outro aspecto da promoção da saúde”* (WHO, 2001b).

Foi com o objetivo de contribuir para este esforço que nos propusemos a elaboração deste trabalho que constitui uma experiência inédita em Portugal, baseada numa investigação nomotética, aplicada, quantitativa e qualitativa, descritiva, transversal, exploratória, recorrendo a uma amostra de grande dimensão e com recurso a uma metodologia de estudo de caso.

Com este estudo pretendemos refletir sobre a aplicação prática de uma investigação participada de base comunitária em Portugal, e utilizar esta metodologia para compreender o sentido e a força da relação entre variáveis que caracterizam a organização estrutural do espaço urbano, de um lado, e os níveis de saúde mental da comunidade urbana por outro, fundamentando o desenho participado de um *Plano Local de Promoção da Saúde Mental*.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho é constituído por duas partes, sendo a primeira reservada ao enquadramento teórico (*estado da arte*), com 3 capítulos, e a segunda á contribuição pessoal (*Investigação participada de base comunitária*), com 5 capítulos.

Após esta nota introdutória, o enquadramento teórico inicia-se pela análise da saúde mental enquanto *novo* desafio da saúde pública (cap.1), analisa a relação entre cidade(s) e saúde mental (cap. 2) e aborda propostas de intervenção em promoção da saúde mental (cap. 3).

A contribuição pessoal enquadra o estudo realizado referindo-se ao objeto da investigação, ao desenho do estudo, à investigação participada de base comunitária, instrumentos, variáveis, populações e amostras utilizadas (cap.4), apresenta os resultados da investigação participada de base comunitária (cap. 5), com destaque para o plano local de promoção de saúde mental de Amora (cap. 6), discute os resultados considerados mais relevantes tendo em conta o quadro de referência abordado na primeira parte (cap.7), e termina com uma síntese onde é dado realce aos resultados considerados mais relevantes, procurando identificar as suas implicações em termos de saúde pública e, a partir delas, formular algumas sugestões no sentido de uma intervenção compreensiva, participada, de fundamento salutogénico, na tarefa de *construir cidades promotoras de saúde mental* (cap.8).

Capítulo 1

Saúde mental:

o novo desafio da saúde pública

“Mental disorders have become Europe's largest health challenge in the 21st century”

European College of Neuropsychopharmacology (2011)

1. SAÚDE MENTAL: A EVOLUÇÃO DE UM CONCEITO

“Mental health is an integral and essential component of health”

World Health Organization (2001)

Apesar de uma importante influência da organização social e dos valores culturais comuns com que impregnamos a nossa vivência, a saúde é para cada um de nós algo diferente. A saúde sente-se. E cada indivíduo a sente de forma diferente.

Um dos desafios da ciência é conhecer aquilo que não sabemos. O saber está próximo da ciência (palavra derivada do latim *scientia*, que deriva de *scire* (saber) (Carvalho, 2009). A compreensão da complexidade do mundo que integramos, o entender que a simples brisa marinha de um final de tarde de verão tem na sua génese um fenómeno complexo ou que, da mesma forma, a vitória num jogo de polo aquático depende da capacidade do funcionamento dos milhões de neurónios de cada um dos 7 jogadores (de cada equipa) conseguirem trabalhar numa base mais alargada que inclui todos os companheiros de equipa, o meio onde o jogo se disputa (a piscina e a assistência), a capacidade de jogo do adversário e as regras que devem ser respeitadas. Como espetadores, vemos apenas um conjunto de movimentos, mais ou menos belos, mais ou menos eficazes. O jogo parece simples em função da percepção que temos do fenómeno. Mas ele é muito mais do que isso. Por isso é tão importante, em ciência, a interpretação compreensiva dos fenómenos que nos rodeiam (ou que fazem parte de nós). O conceito de saúde mental não foge a esta regra.

Para começar, definir saúde é um trabalho particularmente complexo. A definição que a OMS lançou em 1948 como sendo um *“estado de completo bem-estar físico psíquico e social, e não só a ausência de doença ou enfermidade”* (WHO, 1948), tornou-se limitativa, pouco operacional e produtora de visões parciais que prejudicam uma visão de saúde centrada no indivíduo e na comunidade que este integra (Huber *et al*, 2011). Loureiro & Miranda (2010) apontam o conceito da OMS como positivo mas estático. Talvez por isso, a cultura dos sistemas de saúde, predominante nos nossos tempos, tem respondido de forma permanente e em primeira linha (num grande esforço financeiro, de recursos e também de formação) à doença, deixando a saúde num lugar

secundário e de muito menor investimento. Mesmo se o saber popular nos diz que a “*saúde não tem preço*”, só quando deixamos de sentir saúde é que consideramos efetivamente o seu valor. Esta visão também se aplica à forma como pensamos e construímos a saúde no nosso dia-a-dia, individualmente e, mais importante, porque mais efetivo, em sociedade.

Num mundo globalizado onde vivemos, em que o que se passa em Bruxelas, em Nova Iorque, em Atenas ou em Pequim afecta o nosso quotidiano, devemos procurar olhar para a saúde reconhecendo novos problemas e necessidades de saúde das comunidades e dos indivíduos, procurando desenvolver as potencialidades e capacidades já existentes, organizando as comunidades para a promoção da saúde, incluindo a gestão da doença quando esta surge. Em suma, o desafio é dar à sociedade as ferramentas necessárias para uma melhor qualidade de vida que proporcione mais crescimento, maior e melhor distribuição da riqueza, e que promova uma participação mais efetiva de todos, em geral, e de cada um, em particular, nos processos de desenvolvimento social.

Atendendo à especificidade da *saúde mental*, o exercício não é menos complexo. “*Não há saúde sem saúde mental*”, como afirma a OMS (WHO, 2001a). A concepção de saúde mental de cada um de nós, ou a saúde mental de uma comunidade, incorre da mesma dificuldade que observamos em relação à saúde em geral. Definir e interpretar *saúde mental* é um trabalho árduo que exige uma capacidade de reflexão e abrangência, nem sempre presente na análise efectuada no quotidiano das nossas instituições de saúde ou da nossa forma de viver *saúde*. Por isso, a *saúde mental* é, ainda hoje, de difícil compreensão enquanto conceito. Muitos erros, um estigma que tarda em ser ultrapassado e diferentes interpretações (demasiado parciais) dificultam a sua interpretação e compreensão completa (Lehtinen, 2008). Muitos profissionais e especialistas, da área da saúde e de outras importantes áreas do funcionamento da sociedade (como por exemplo da educação ou do emprego), ainda olham o conceito como um exclusivo (da ausência) das graves perturbações mentais.

Na realidade, a *saúde mental* é um conceito amplo e, de uma ou outra forma, diz respeito a todos os elementos de uma sociedade, e à própria sociedade em si: à forma como esta se organiza, como pensa, como se relaciona e como promove o desenvolvimento das suas estruturas e dos seus recursos. A *saúde mental* é um recurso de todos os dias, em todos os ambientes e em todos os contextos. É, portanto uma questão que diz respeito diretamente, e incontornavelmente, à saúde pública,

mas também, á governação de uma comunidade que pretende promover o bem-estar entre os seus elementos.

Um preconceito ainda muito comum é que a *saúde mental* não pode ser promovida e que as perturbações mentais são *não tratáveis* e não podem ser evitadas. Uma leitura social e cultural ainda muito ligada ao *castigo divino* e á certeza de um *destino* que não controlamos – um *locus* de controlo externo⁶. Por isso, as questões relacionadas com a Saúde Mental continuam a transportar um enorme estigma e uma discriminação profundamente prejudicial ao bem-estar das comunidades, projetados em atitudes negativas em relação aos distúrbios mentais e de comportamento, ainda demasiado comuns e importantes elementos de custos orçamentais relacionados com a saúde (WHO, 2001a; EC, 2005; OCDE, 2008; Caldas de Almeida, 2010). Em termos de doença mental a sociedade em que vivemos é dicromática: de um lado o “*louco*”, do outro lado “*os outros*” (Henriques, 1998). Nesta visão a “*preto e branco*”, a tendência de cada um é o posicionamento do lado dos “*outros*”, mesmo que mais de um quarto da população portuguesa sofra, em cada ano que passa, um distúrbio mental e do comportamento (Caldas de Almeida, 2010). Interessa pois olhar para as diferentes tonalidades, desta paleta de todas as cores, que unem os dois extremos.

1.1. SAÚDE E SAÚDE MENTAL: A PROCURA DE UM CONCEITO

Independentemente das críticas feitas á definição da OMS de mais de 60 anos, (Huber *et al*, 2011) reconhecemos que pela primeira vez ela trouxe a leitura dos aspectos positivos da saúde, ou seja, falou não só em doença e enfermidade (*saúde negativa*) mas também em bem-estar (*saúde positiva*). As pessoas que aceitam a definição de saúde como *ausência de enfermidade* exclusivamente, têm grandes problemas com alguns professores universitários e uns quantos académicos e filósofos mais, mas estarão em consonância com uma sociedade que gasta entre 97 a 98% dos seus gastos para a *saúde* em instalações e serviços utilizados para tratar doenças, e, apenas, 1 a 3% em atividades de saúde pública criadas para prevenir doenças e promover uma saúde positiva (Greene e Simmons-Morton, 1988; Ziglio *et al*, 2000). Uma visão mais abrangente é necessária. Quantas pessoas, nas comunidades onde vivemos, não têm critérios de ausência de saúde mental segundo as entidades

⁶ Ver capítulo 3.

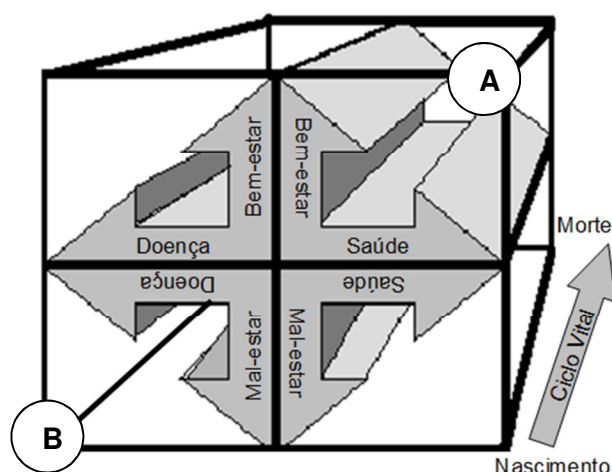
nosológicas existentes (quer na CID⁷ quer no DSM⁸) mas apresentam capacidades diminuídas no que diz respeito ao preenchimento integral do seu bem-estar?

A procura de uma interpretação a esta questão deve ter como ponto de partida a já abordada definição de Saúde da OMS (WHO, 1948): "*A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença ou enfermidade*". Apesar de todos os avanços técnicos e científicos, a sociedade em geral (quer os indivíduos que a compõem, quer as decisões que são tomadas por esta no desenvolvimento das políticas), e (também) os profissionais de saúde, em particular, ainda olham frequentemente para um conceito dicotómico: Ou há doença, ou há saúde. Esta visão é demasiado redutora se quisermos construir saúde.

A figura I.1.1 representa uma visão tridimensional do conceito de *saúde*. A linha horizontal (*saúde/doença*) da figura deve ser vista como um contínuo onde o nível de saúde de cada um de nós se vai posicionando momento a momento. Não há doença ou saúde no sentido rigoroso dos conceitos: há sim uma posição mais próxima da doença ou mais próxima da saúde que é dinâmica e permanentemente mutável.

Mesmo respeitando a mutabilidade e o dinamismo do conceito, a visão continua refém de uma postura redutora: A saúde não é um conceito unidimensional: ou tem mais doença, ou tem mais saúde. É importante integrar igualmente uma outra dimensão representada pela linha vertical (*bem-estar/mal-estar*) da mesma figura. Esta representa a outra dimensão central da definição da OMS (WHO, 1948): O *bem-estar*.

Figura I.1.1: A visão tridimensional da saúde



Fonte: Gomes (2010)

⁷ Classificação Internacional de Doenças

⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

Esta linha, contínua, dinâmica e mutável, tem nos seus extremos o *mal-estar* e o *bem-estar*. Neste eixo, da mesma forma que o fizemos para o eixo *saúde/doença*, devemos reconhecer que o nosso sentimento de bem-estar se move ao longo do nosso quotidiano, respondendo aos desafios que este coloca. A saúde absoluta seria encontrarmo-nos na aresta superior direita da figura (*ponto A*) apresentando a melhor saúde possível associada ao melhor bem-estar possível. No oposto, a aresta inferior esquerda (*ponto B*) representa o extremo da doença absoluta: a pior saúde possível associada ao maior mal-estar possível. Na linha oblíqua que une estes dois polos, temos de um lado o bem-estar supremo, a saúde absoluta (*A*), e do outro a ausência total de saúde e de bem-estar (*B*) que, no limite, podemos encarar como o fim do ciclo vital - *a morte*.

Como é possível, naquele espaço, apresentar bem-estar com doença, ou mal-estar com saúde? O que podemos apreender desta visão é que um indivíduo sem doença (sem um diagnóstico reconhecido pela sociedade) pode sentir mal-estar. Em oposição, um indivíduo doente (com um diagnóstico reconhecido pela sociedade) pode sentir bem-estar, se tiver o conhecimento, os recursos e a vontade (Antonovsky, 1987) para gerir adequadamente a sua doença (voltaremos e este aspecto mais adiante). Desta forma estamos a respeitar a definição da OMS que inclui estas duas dimensões: a ausência de doença e o bem-estar. Esta observação é central no conceito de promoção da saúde. A saúde pode ser promovida mesmo em *pessoas doentes*. Este novo paradigma ganha significado quando falamos no *continuum* saúde mental/doença mental. Se percebermos o conceito de saúde mental como "*um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias capacidades, consegue enfrentar o stresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade*" (WHO, 2001a), então devemos reconhecer a possibilidade de uma pessoa sem *doença mental* poder não ter *saúde mental*, e, uma pessoa com *doença mental* (entidade nosológica reconhecida) poder desenvolver um importante nível de *saúde mental* para o funcionamento adequado consigo próprio e com a sociedade, demonstrando competências de adaptação e de autogestão (Huber *et al*, 2011).

Se acrescentarmos a estes dois eixos um terceiro eixo em profundidade (*ciclo vital*) fica realçada a importância de uma ação permanente de promoção da saúde (mental) na organização das nossas comunidades. O posicionamento relativo aos eixos da *saúde/doença* (horizontal) e do *bem-estar/mal-estar* (vertical) está em constante movimento ao longo de um eixo temporal (*Ciclo vital*). Esta visão tridimensional da

saúde mental pode ser uma base para superar o desafio de mais saúde, para o maior número de pessoas ao mais baixo custo possível. O cubo representado na figura I.1.2 é, então, o espaço onde o nosso nível de saúde se localiza (tendo em conta as dimensões *saúde/doença* e *bem-estar/mal-estar*) ao longo de todo o nosso ciclo vital (a terceira dimensão).

Apesar da subjetividade e da complexidade do conceito, interessa reforçar que o conceito de saúde mental adoptado por vários projetos na área da saúde mental financiados pela União Europeia (MINDFUL⁹) refere-se a um componente indissociável da saúde geral – “*there is no health without mental health*” (WHO, 2001a) - e reflete o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, sendo influenciada por 1) factores biológicos e psicológicos individuais; 2) interações sociais; 3) estruturas e recursos sociais, e 4) valores culturais.

A saúde mental pode também ser vista como um processo que inclui 1) factores predisponentes (por exemplo, as experiências na infância ou o ambiente familiar), 2) factores precipitantes atuais (por exemplo, os acontecimentos de vida), e 3) factores protetores ou de suporte (por exemplo, a rede social), bem como 4) diversas consequências e resultados (por exemplo, os comportamentos saudáveis ou a cidadania proactiva).

Isto significa que podemos observar duas dimensões distintas de *saúde mental*: 1) a Saúde Mental *Negativa* (*distúrbios mentais e de comportamento*) que está relacionada com as doenças mentais, os sintomas e os problemas de saúde mental; e 2) a Saúde Mental *Positiva* que pode ser entendida como um valor em si mesmo (*sentir-se bem*), ou como uma capacidade de perceber, compreender e interpretar o ambiente que nos rodeia, adaptar-se a ele e alterá-lo se necessário, e ainda como uma capacidade para pensar e comunicar com os outros (Antonovsky, 1987; Ozamiz *et al*, 2006).

1.1.1. Doença mental e saúde pública: os custos escondidos

A prevalência anual da doença mental na União Europeia (ainda a 25) foi estimada em 27,4% da população (Quadro I.1.1). Em valores de 2005, mais de 80 milhões de europeus apresentava um distúrbio mental ou de comportamento (EC, 2005). Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen (2000) estimaram uma prevalência em adolescentes

⁹ *Mental Health Information and Determinants for the European Level*

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental:
Um estudo de caso

Parte 1: Saúde mental : o novo desafio da saúde pública

semelhante à dos adultos, o que augura um prognóstico pouco favorável para o futuro próximo. A agravar esta situação, 1 a 2 % da população apresenta quadros clínicos associados às formas mais severas de doença mental, tais como a esquizofrenia e outros quadros psicóticos.

Quadro I.1.1: Estimativa a 12 meses da carga de doença mental na União Europeia

Diagnóstico (DSM-IV)	Estimativa a 12 meses (%)	Estimativa a 12 meses (10 ⁶)
Alcoolismo	2.4	7.2
Toxicodependências (drogas ilícitas)	0.7	2.0
Perturbações psicóticas	1.2	3.7
Depressão major	6.1	18.4
Doença bipolar	0.8	2.4
Perturbação de pânico	1.8	5.3
Agorafobia	1.3	4.0
Fobia social	2.2	6.7
Perturbação de ansiedade generalizada	2.0	5.9
Fobias específicas	6.1	18.5
Perturbação obsessivo-compulsiva	0.9	2.7
Perturbação somatoforme	6.3	18.9
Perturbações alimentares	0.4	1.2
Qualquer doença mental	27.4	82.7

Fonte: Adaptado de *European Communities* (2005)

Na continuidade do esforço para compreender a carga da doença mental, a OMS (WHO, 2003) apresentou números preocupantes relacionados com as dependências: 76,3 milhões de pessoas diagnosticadas com alcoolismo; pelo menos 15,3 milhões de pessoas afectadas por perturbações relacionadas com uso de (outras) drogas; entre 5 a 10 milhões usam drogas injetáveis atualmente; 5 a 10% das novas infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) resultam do uso de drogas injetáveis; observámos mais de 1,8 milhões de mortes em 2000 relacionadas com consumo de álcool e 205 000 mortes diretamente relacionadas com uso de drogas ilícitas.

Em Portugal os dados apresentados pelo estudo conduzido por Caldas de Almeida (2010) refere uma prevalência anual de 22,9% para o total do sofrimento mental e uma prevalência ao longo da vida que atinge os 42,7%. Falamos de cerca de dois milhões e quatrocentos mil (2.400.000) portugueses com sofrimento mental anualmente e de quase quatro milhões e meio (4.500.000) que, ao longo do seu ciclo vital irão, pelo menos uma vez, ser afectados por uma forma de sofrimento mental. Com a ansiedade no topo (16,5%) e a depressão a atingir quase oitocentos e trinta mil (830.000) portugueses, a perspectiva é preocupante se refletirmos no difícil momento que

atravessamos de dificuldades económicas e financeiras com uma tendência negativa para o desenvolvimento da sociedade de bem-estar.

Quadro I.1.2. Sofrimento mental em Portugal

Sofrimento Mental WHO-WMH Survey	Prevalência anual (%)	Prevalência anual (n)	Prevalência ao longo da vida (%)	Prevalência ao longo da vida (n)
Total do sofrimento mental	22,9 %	2 404 500	42,7 %	4 483 500
Ansiedade	16,5%	1 732 500	-	-
Depressão	7,9%	829 500	-	-
Obsessão/compulsão	3,5%	367 500	-	-
Alcoolismo	1,6%	168 000	-	-

Fonte: Adaptado de Caldas de Almeida (2010)

Ora, esta elevada prevalência associada a um curso da doença frequentemente crónico impõem uma pesada carga económica na sociedade, agravada pelos quadros inaugurais precoces, frequentemente na adolescência ou no jovem adulto. Os dados são escassos mas tem sido apontado um peso de 3 a 4 % do PIB só em custos diretos relacionados com a saúde mental (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen, 2000; WHO, 2003). Os custos indiretos podem mesmo ultrapassar esse valor se tivermos em conta a perda de produtividade que está associada ao sofrimento causado pela doença mental.

Para Frewen & Datta (2010) um dos principais obstáculos à garantia de mais e melhor saúde mental é a crescente e conflituante exigência de alocação de mais recursos. Durante uma recessão, como aquela que vivenciamos, essas exigências tornam-se mais intensas. No contexto da economia mundial e nacional que trespasam os nossos dias, os argumentos económicos tendem a ser muito valorizados. Embora possa ser argumentado que um sistema de saúde mental eficiente e efetivo deve ser uma prioridade, outros alegam que, embora concordem, os fundos disponíveis são insuficientes para construir essa estrutura agora. Outras prioridades são mais relevantes até porque os resultados de uma intervenção em promoção da saúde mental é um processo que ultrapassa largamente os calendários políticos e as ansiedades dos mercados económicos.

As últimas décadas têm visto um aumento constante da carga total global de problemas de saúde mental. Na passagem para o terceiro milénio, a OMS estimou que os problemas de saúde mental apresentavam uma taxa de prevalência global de cerca de 10% da população adulta mundial (450 milhões de pessoas). Em 2000, os

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental:
Um estudo de caso

Parte 1: Saúde mental : o novo desafio da saúde pública

problemas de saúde relacionados com distúrbios mentais e de comportamento, resultaram em cerca de 12% de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI) perdidos devido a doença e lesões. Além disso, calculou-se que este valor iria subir para 15% até 2020, configurando um aumento de 25% em apenas 20 anos. Os problemas de saúde mental afetam 23,7% da população mundial (Quadro I.1.3.). A acrescentar, apenas uma percentagem muito reduzida de pessoas que vivem com problemas de saúde mental recebe (ou recebeu) qualquer tratamento (WHO, 2001a; 2003).

Quadro I.1.3: Carga de doença no mundo “todas as idades” no ano 2000

	Ambos os sexos	% do total (23,7)	Masculino	% do total (24,2)	Feminino	% do total (24,9)
1	Perturbações depressivas unipolares	11,9	Perturbações depressivas unipolares	9,7	Perturbações depressivas unipolares	14,0
2	Perda de audição na idade adulta	4,6	Perturbações por utilização de álcool	5,5	Anemia ferripriva	4,9
3	Anemia ferripriva	4,5	Perda de audição na idade adulta	5,1	Perda de audição na idade adulta	4,2
4	DPOC	3,3	Anemia ferripriva	4,1	Osteoartrite	3,5
5	Perturbações por utilização de álcool	3,1	DPOC	3,8	DPOC	2,9

Fonte: Adaptado de WHO (2001a)

Olhando para o grupo etário *15-44 anos*, aquele que tradicionalmente suporta grande parte da força produtiva de uma comunidade, os 23,7% referentes à totalidade da população sofrem um aumento para 38,5% (quadro I.1.4). Se atendermos aos números que caracterizam a infância e a adolescência, o prognóstico não apresenta melhorias. Estima-se que 2 a 4% das crianças e dos adolescentes sofram de depressão e 8 a 10% das crianças e dos adolescentes sofram de alguma forma de ansiedade (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen; 2000). A depressão nas crianças e nos adolescentes é um problema de saúde extremamente incapacitante. Devido à sua cronicidade e aos problemas a ela associados pode levar a conflitos ao longo de todo o ciclo vital, aumentando, por exemplo, o risco de suicídio. Estes comportamentos suicidários já são, *per si*, um sério problema de saúde pública (WHO, 2001b; 2002a). Por outro lado, as consequências dos distúrbios de comportamento (que afectam 1 a 4% das crianças e dos adolescentes) são significantes para a pessoa, para a família, e para toda a comunidade onde esta se insere. Este quadro patológico é, dos distúrbios mentais nesta faixa etária, o que mais custos acarretam para a sociedade tendo sido estimado que o custo de um distúrbio de comportamento rondaria os Cento e

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental:
Um estudo de caso

Parte 1: Saúde mental : o novo desafio da saúde pública

cinquenta mil (150 000) Euro por pessoa afectada durante a adolescência ou o início da idade adulta (WHO, 2003).

Quadro I.1.4: Carga de doença no mundo 15 aos 44 anos no ano 2000

	Ambos os sexos	% do total (38,5)	Masculino	% do total (39,9)	Feminino	% do total (37,0)
1	Perturbações depressivas unipolares	16,4	Perturbações depressivas unipolares	13,9	Perturbações depressivas unipolares	18,6
2	Perturbações por utilização de álcool	5,5	Perturbações por utilização de álcool	10,1	Anemia ferripriva	5,4
3	Esquizofrenia	4,9	Esquizofrenia	5,0	Esquizofrenia	4,8
4	Anemia ferripriva	4,9	Perturbações afectivas bipolares	5,0	Perturbações afectivas bipolares	4,4
5	Perturbações afectivas bipolares	4,7	Anemia ferripriva	4,2	Complicações no trabalho de parto	4,0

Fonte: Adaptado de WHO (2001a)

No adulto os distúrbios ansiosos apresentam a maior prevalência de todas as doenças mentais na população, ultrapassando os 15% (Jenkins *et al*, 1997), e atingindo, como já referido, os 16,5 % em Portugal (Caldas de Almeida, 2010). Os distúrbios de ansiedade estão associados a um elevado nível de morbilidade (física) e incapacidade, e são responsáveis por uma proporção elevada das baixas por doença no mercado laboral (Ustun & Sartorius, 1995).

A depressão é igualmente um distúrbio comum no adulto. Dados recentes apontam uma prevalência anual de 7,9% (WHO, 2001a) com uma prevalência ao longo da vida que pode atingir os 18% e um risco ao longo do ciclo vital que pode chegar aos 30% (Weissman *et al*, 1996). A depressão é uma das causas primeiras de incapacidade (WHO, 2001b), aumenta a mortalidade, acarretando enormes custos para a sociedade e é, igualmente, uma fonte de intenso sofrimento para os indivíduos.

Brid O'Connor, diretor executivo da Comissão de Saúde Mental da Irlanda, afirmou no lançamento do relatório de 2008, sobre a Economia da Saúde Mental na Irlanda que " (...) Os recursos não são infinitos, então as escolhas devem ser feitas entre usos alternativos do mesmo recurso ou serviço (...) a análise económica é, portanto, um auxílio fundamental para a tomada de decisões sobre alocação de recursos e na definição de prioridades. Embora as decisões sobre alocação de recursos se baseiem em valores, a economia é uma ferramenta essencial na tomada dessas decisões¹⁰" (cit in Frewen & Datta, 2010).

¹⁰ Tradução do autor

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental:
Um estudo de caso

Parte 1: Saúde mental : o novo desafio da saúde pública

Em suma, o cálculo do custo económico da doença mental fornece a informação crucial, que ajuda a informar e melhorar a comparação entre diferentes opções políticas e planos de implementação, onde se incluem os planos (nacionais, regionais e locais) de promoção da saúde mental.

Como temos observado, há um volume crescente de evidência que demonstra que a falta de resolução efetiva dos problemas de saúde mental resulta em significativas repercussões económicas. Estudos internacionais realizados dentro e fora da União Europeia são praticamente unânimes a esse respeito: Uma análise que deu um peso económico para os custos sociais da saúde mental foi o estudo do *Sainsbury Centre For Mental Health* (2003) do Reino Unido (Quadro I.1.5) onde apenas 8,4% dos custos relacionados com a saúde mental são associados a custos do serviço nacional de saúde com 83,9% do total dos custos relacionados com custos humanos e perdas de produtividade.

Quadro I.1.5: Custos económicos e sociais da doença mental em Inglaterra

Custos económicos e sociais		£ (milhões) (a)	% do total (a)	£ (milhões) (b)	% do total (b)
Custos com cuidados de saúde e apoio social	Serviço nacional de saúde	6 500	8.4	-	-
	Serviços sociais autárquicos	1 400	1.8	-	-
	Outros custos do sector público	500	0.6	-	-
	Gastos privados com a saúde	200	0.3	-	-
	Cuidados informais	3 900	5.0	-	-
	Subtotal	12 500	16.1	21 300	20,2
Custos humanos	População (excluindo população institucionalizada)	37 000	47.8	-	-
	População institucionalizada	1 300	1.7	-	-
	Mortalidade prematura	3 500	4.5	-	-
	Subtotal	41 800	54.0	53 600	51
Perdas de produtividade	Baixa por doença	3 900	5.0	-	-
	Desemprego (não emprego)	9 400	12.1	-	-
	Trabalho não remunerado	8 000	10.3	-	-
	Mortalidade prematura	1 800	2.3	-	-
	Subtotal	23 100	29.9	30 300	28,8
Total		77 400	100.0	105 200	100,0

Fonte: Adaptado de (a) *Sainsbury Centre for Mental Health* (2003) e (b) *Centre for Mental Health* (2010)

Como vemos, para avaliar adequadamente os custos da saúde mental, não é suficiente simplesmente considerar os custos envolvidos na prestação de cuidados de

saúde mental, através do sistema prestador de cuidados de saúde. O maior impacto económico dos problemas de saúde mental na sociedade em geral surge das consequências destes nas famílias, na vivência social, no espaço urbano, na produtividade laboral e na economia. Em termos de custos económicos (considerando também os custos indiretos), um estudo realizado pela Organização Internacional do Trabalho (ILO, 2000) reforça estes dados estimando que (a falta de saúde mental) poderia custar tanto como 3 a 4% do PIB dos países da União Europeia.

Na mesma linha, um estudo desenvolvido por Sobocki *et al* (2004) calculou que apenas a depressão teve um custo económico para a UE-25 e para os países da EFTA de 118.000.000.000 € (cento e dezoito mil milhões de Euro) ou seja, 253 € (Duzentos e cinquenta e três Euro, mais de metade do ordenado mínimo nacional em vigor em Portugal em 2012) por habitante dos países envolvidos. Quase dois terços desses custos são uma consequência direta da perda de produtividade através de reformas antecipadas, de mortalidade prematura ou de ausência do trabalho por motivo de doença.

A estratégia da Comissão Europeia (CE) - *Juntos pela Saúde* (Comissão Das Comunidades Europeias, 2007) salienta a importância de uma boa saúde para o desenvolvimento da produção económica e da prosperidade das comunidades.

A promoção da saúde mental é uma aposta ousada na implementação de planos locais de promoção da saúde não é um custo, mas antes um investimento útil e com retorno: rumo a uma saúde mental (pública) positiva.

1.1.2. Saúde Mental Positiva

Como temos observado, na linguagem quotidiana, o termo saúde mental é usado com diferentes formas, e, muito frequentemente, tem uma conotação negativa, pois está relacionada com as doenças mentais graves e crónicas (*negative mental health*). No entanto, os aspectos positivos da saúde mental têm sido cada vez mais reconhecidos na comunidade científica, mas também pelo público em geral e pelos decisores políticos nos últimos anos, muito devido às ações e aos relatórios de diferentes organizações internacionais, incluindo a OMS e a Comissão Europeia. Como vimos, o *Tratado de Lisboa* (Gorjão-Henriques, 2011) é um exemplo atual desta realidade.

A saúde mental é um recurso individual que contribui para diferentes capacidades e competências. Para Lethinen (2008) A saúde mental também pode ser comparada

com um recurso natural, logo renovável. Nesta analogia, a saúde mental e a sua renovação devem ser entendidas como um processo contínuo, que tem lugar ao longo de todo o ciclo vital (vide Figura I.1.2). O ciclo vital é constituído por uma sequência de diferentes períodos em que o anterior afecta sempre aqueles que se seguem. Em circunstâncias favoráveis a saúde mental pode aumentar. Mas os recursos de saúde mental também podem ser explorados para além da sua capacidade natural de renovação, e, em última análise, a saúde mental pode ser destruída por ações inadequadas da sociedade, dando lugar à doença mental (*negative mental health*) (Lehtinen, 2008).

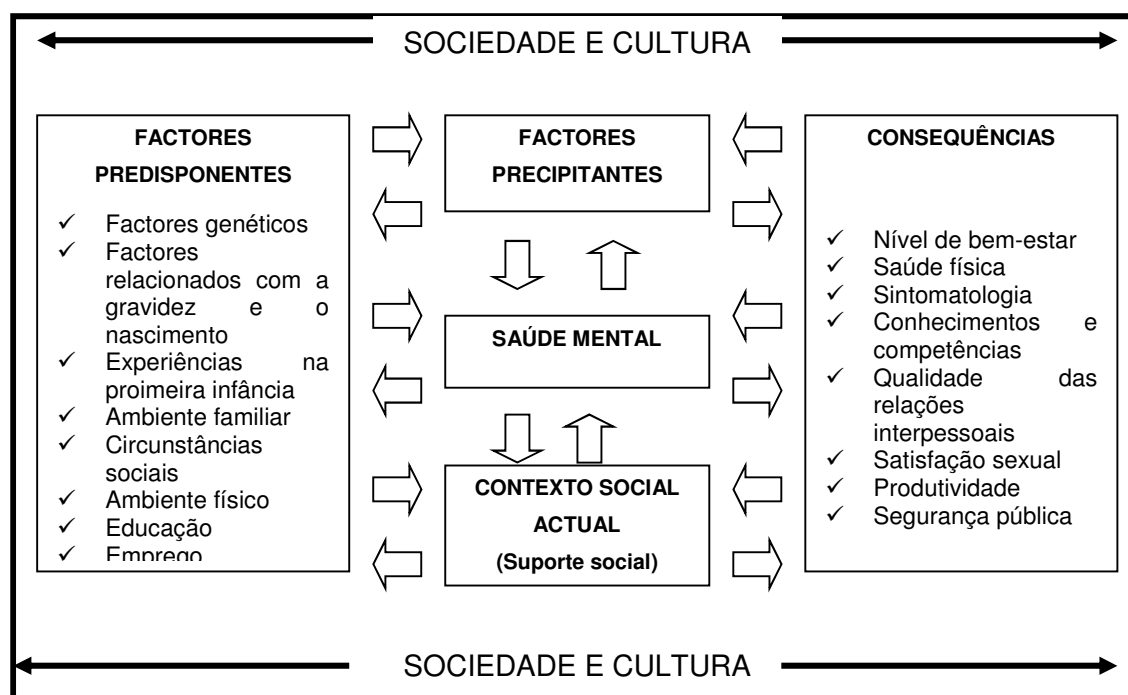
Se é verdade que a saúde mental é um conceito relacionado com o indivíduo, muitos investigadores têm ampliado o conceito, incluindo também os grupos (principalmente a família), as organizações (por exemplo, as escolas, as comunidades ou os locais de trabalho), e até mesmo toda a sociedade. Neste contexto a saúde mental é um conceito relacionado com o indivíduo, que é afectado por experiências decorrentes de circunstâncias relacionadas com a infância, pelas relações interpessoais, pelas características do ambiente incluindo nestas as condições sociais (Marmot *et al*, 2010) Mas é importante reconhecer que existe também uma influência na direção oposta: o nível de saúde mental da população afecta, em muitos aspectos, como as nossas comunidades, organizações, locais de trabalho e sociedades funcionam e estão integrados: afetam o desenvolvimento da própria sociedade. Sublinha-se de novo a importância da saúde mental na intervenção em saúde pública e os ganhos que uma estratégia comunitária de promoção da saúde mental pode proporcionar (Lehtinen, 2008).

A figura I.1.2 apresenta o modelo funcional de saúde mental, originalmente desenvolvido por Clemens Hosman em 1977 e mais tarde modificado por Lahtinen et al (1999). Se podemos olhar esta figura seguindo o modelo do processo funcional, incluindo o input (factores precipitantes), o próprio processo em si (a [des]construção da saúde mental), e o output (consequências), também podemos observar que o contexto é de um equilíbrio sistémico no qual todos os factores têm uma influência sobre os outros. Em última análise, a sociedade e a cultura envolventes influenciam todo o sistema. É aqui que se fundamenta a necessidade de uma saúde mental em todas as políticas (WHO, 2001b; Gorjão-Henriques, 2011).

As características individuais de uma boa saúde mental são vistas como um sentimento positivo e diferentes capacidades individuais e competências. O sentimento de felicidade e satisfação são exemplos de tais sentimentos positivos,

embora estes não sejam sinónimo de saúde mental - a felicidade é geralmente vista como um estado transitório e de curta duração enquanto o nível de saúde mental é mais uma característica a longo prazo do indivíduo.

Figura I.1.2: O modelo funcional da saúde mental



Fonte: Adaptado de: Hosman C, in Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J (eds) (1999)

Lethinen (2008) refere ainda que outro aspecto da saúde mental é um sentimento de controlo pessoal sobre os acontecimentos da vida. Rotter (1966, 1975, 1990) lançou o conceito de *locus de controlo* para avaliar a capacidade de controlo dos indivíduos num presumível *continuum* de internalidade e de externalidade. As pessoas que acreditam que podem influenciar os acontecimentos nas suas próprias vidas (*locus de controlo interno*) lidam melhor com os acontecimentos de vida e com as circunstâncias que os desafiam no dia-a-dia do que aqueles que explicam esses acontecimentos e circunstâncias por conceitos como *sorte*, *azar*, *castigo divino* ou que os atribuem a outras pessoas como o *chefe*, o *vizinho*, o *outro* (*locus de controle externo*). Outro aspecto relevante do controle pessoal é o conceito de *autoeficácia*¹¹, que remete para a crença de uma pessoa poder ser bem-sucedida naquilo que quiser fazer (Bandura,

¹¹ Alguns autores utilizam o termo *sense of mastery* com o mesmo significado.

1977). Foi demonstrado que as pessoas com um forte sentido de *autoeficácia* apresentam menor tensão psicológica e fisiológica em situações *stressantes*.

O conceito de *sentido de coerência*, desenvolvido por Aaron Antonovsky (1987), tem sido associado com a saúde mental por muitos investigadores e autores (FCHE, 1999; Gomes, 2003). O modelo salutogénico de Antonovsky realça os aspectos positivos e os recursos de saúde em vez de sintomas ou distúrbios. O *sentido de coerência* engloba a 1) *capacidade de compreensão* (avaliar a estrutura, a previsibilidade e a explicação do acontecimento), a 2) *capacidade de gestão* (usar os recursos disponíveis para satisfazer o desafio de tais acontecimentos) e a 3) *capacidade de investimento* (importância e/ou valor atribuído a esses acontecimentos na sua vida). Uma pessoa com um elevado *sentido de coerência* é capaz de escolher entre os vários recursos potencialmente disponíveis. Um reduzido *sentido de coerência* tem sido repetidamente associado a problemas de saúde mental, a comportamentos suicidas e a condições psicossomáticas (FCHE, 1999).

Uma outra característica de uma boa saúde mental é a *resiliência* que foi definida por Rutter (1990) como a resistência média em relação aos distúrbios mentais e de comportamento perante as adversidades da vida. O conceito de *resiliência* aproxima-se de características como a robustez e o *coping*. A *resiliência* pode ser entendida como um processo dinâmico, influenciado pelas diferentes competências e capacidades de um indivíduo (por exemplo, as competências na resolução de problemas), e os fatores protetores existentes. A sua função principal é a resistência à tensão que pode variar ao longo do tempo e em função das circunstâncias, tempo e contextos constitucionais e ambientais. Saber lidar com as adversidades é uma capacidade associada à saúde mental.

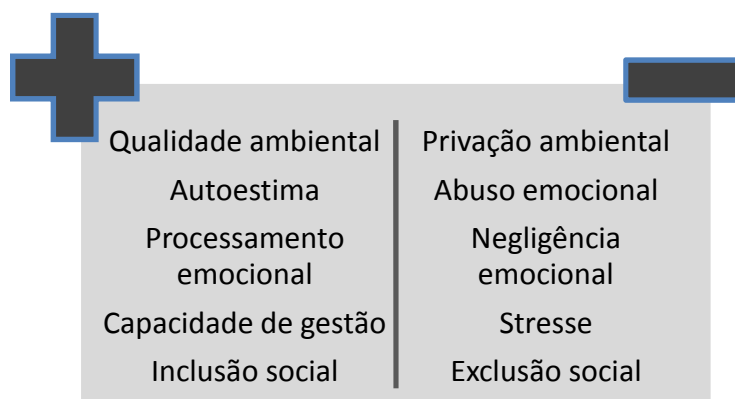
2. DETERMINANTES DE SAÚDE MENTAL

*“People’s lifestyles and the conditions in which they live and work strongly
influences their health”*

World Health Organization (2003)

Considerando os conceitos refletidos até ao momento, uma abordagem dos determinantes de saúde mental incorpora a compreensão de como o comportamento afeta os processos sociais e o risco de doença, e como as condições sociais e estruturais aumentam ou diminuem as oportunidades para as comunidades serem saudáveis. Esta abordagem destaca a importância de intervenções transversais que são planeadas e implementadas em vários sectores da constituição e organização social, com ênfase na influência de um ou mais determinantes na saúde, em vez de se centrar nos determinantes da doença. A evidência existente sobre os determinantes de saúde identifica as complexas interações entre os fatores determinantes cruzando as dimensões social, ambiental, económica e biológica (WHO 2003; Keleher & Murphy, 2004). O mapa dos dez elementos de McDonald e O'Hara (1998, *cit in* Health Education Authority, 2001) identifica as influências positivas e negativas sobre a saúde mental – os determinantes que promovem e os determinantes que diminuem a saúde mental e o bem-estar (Figura I.1.3).

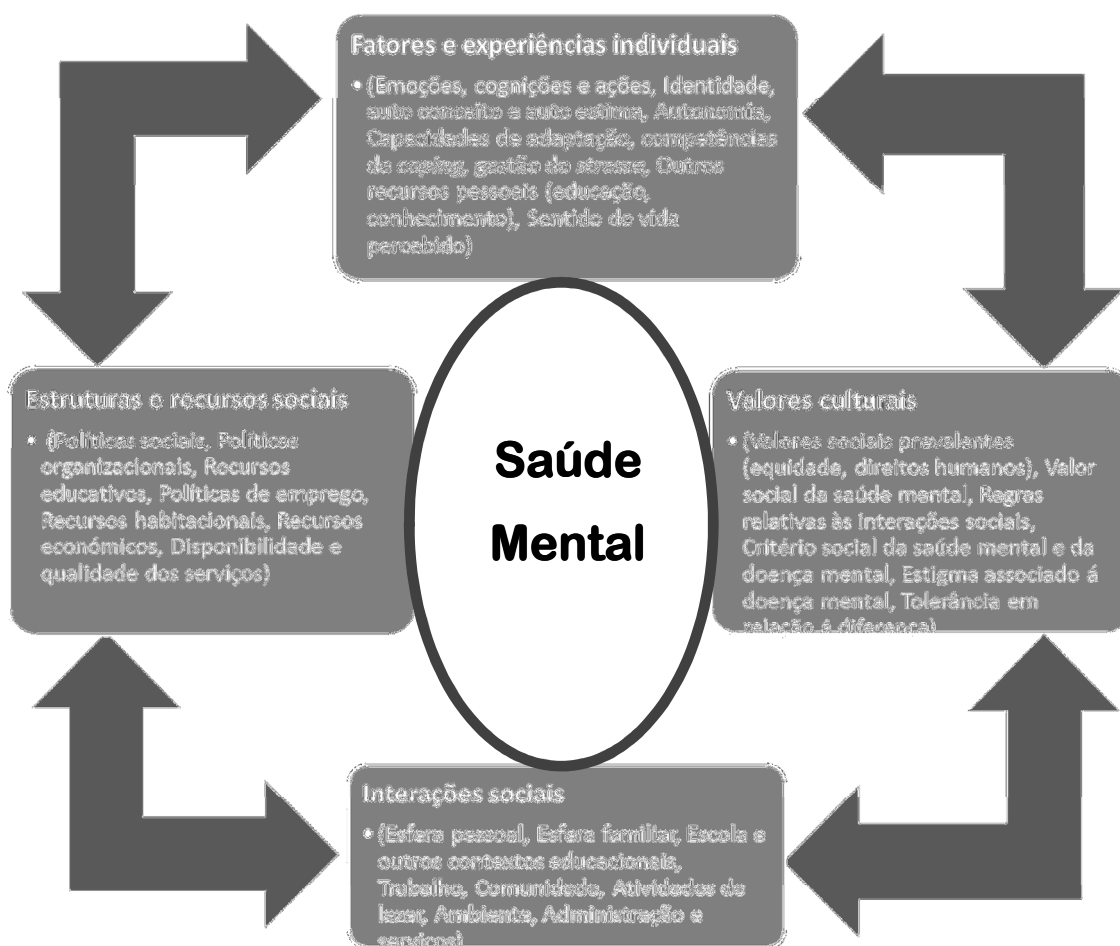
Figura I.1.3: Os dez elementos da saúde mental: influências positivas e negativas



Fonte: Adaptado de McDonald & O'Hara (1998) in Health Education Authority (2001)

Os determinantes de saúde mental são pois factores que estão associados a diferentes aspectos da saúde mental. Alguns deles podem ser causas de problemas de saúde mental, enquanto outros são as consequências desses mesmos problemas de saúde mental. Como já foi afirmado, os determinantes de saúde mental podem ser agrupadas em quatro domínios (Figura I.1.4).

Figura I.1.4: Determinantes de saúde mental, agrupadas em quatro domínios



Fonte: Adaptado de Lehtinen (2008)

Alguns dos factores individuais não são alvos viáveis para as atividades de promoção da saúde mental, embora sejam importantes determinantes de saúde mental. Estes incluem sobretudo alguns factores sociodemográficos, como a idade, o género e a etnia. O mesmo se passa com os factores genéticos. Muitos destes determinantes podem também ser usados como *indicadores estruturais de saúde mental*.

Para abordar as influências positivas e negativas sobre a saúde mental e o bem-estar, foram identificados quatro níveis de intervenção (Victorian Health Promotion

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental:
Um estudo de caso

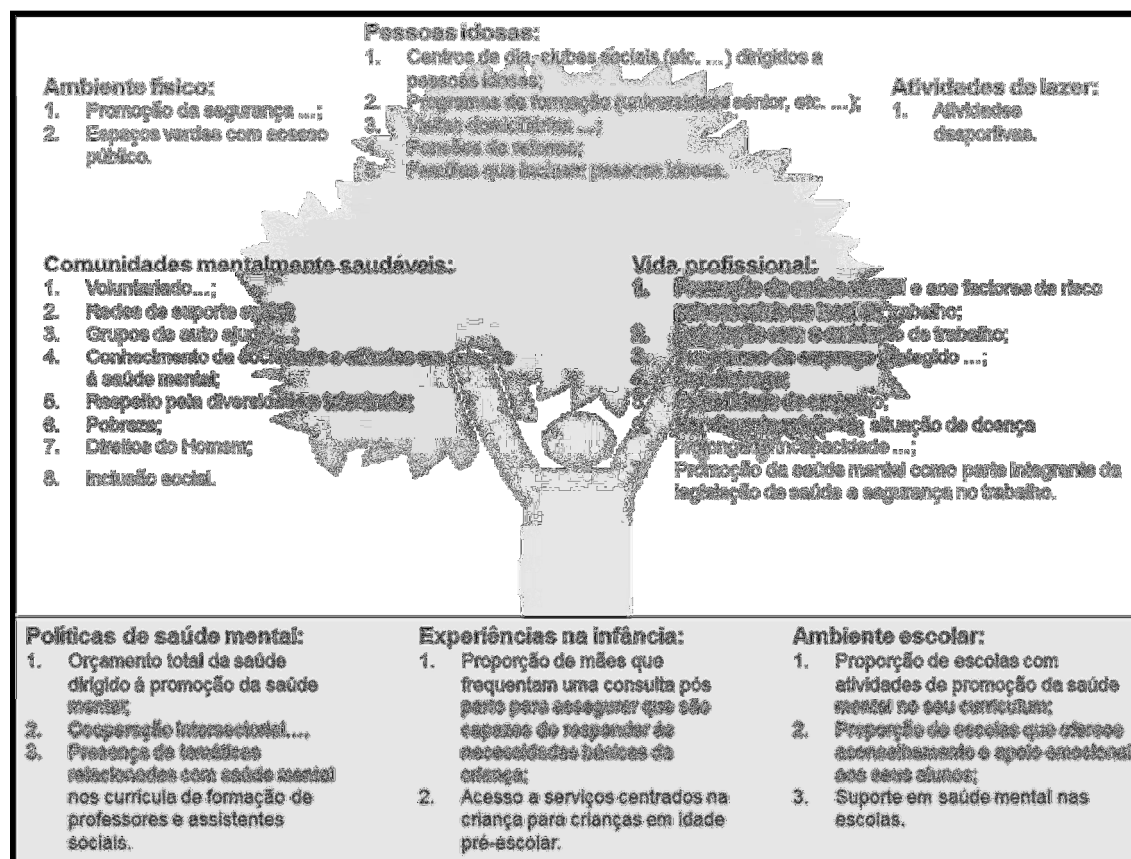
Parte 1: Saúde mental : o novo desafio da saúde pública

Foundation, 2005): 1) Capacitação dos indivíduos; 2) Capacitação das organizações; 3) Capacitação das comunidades; e 4) Capacitação da sociedade.

Os diferentes sectores da sociedade precisam entender claramente o seu papel na promoção da saúde mental. Partindo destes pressupostos e sendo o principal foco deste estudo a saúde mental (*positiva*), apontamos principalmente a nossa atenção aos 1) *factores que aumentam os recursos das pessoas* em relação à sua saúde mental; 2) *factores protetores que ajudam as pessoas a reforçarem a sua resiliência* face à adversidade; 3) *factores protetores que diminuem a probabilidade* do desenvolvimento de um distúrbio mental ou do comportamento atenuando o efeito negativo dos acontecimentos de vida e outras situações de riscos.

Como facilmente perceptível, existe uma considerável sobreposição entre os três grupos citados, quando pensados no contexto da organização física e social do espaço urbano.

Figura I.1.5: Indicadores estruturais de saúde mental: uma representação gráfica



Fonte: Adaptado de Ozamiz *et al* (2006)

Nesta tarefa de identificação e operacionalização dos determinantes ambientais de saúde mental, o trabalho desenvolvido por Ozamiz e Colaboradores (Ozamiz et al, 2006; Lehtinen, 2008) definiu e estruturou os indicadores estruturais de saúde mental em 8 domínios (Figura I.1.5).

Podemos olhar para cada um desses domínios como uma área charneira de intervenção, olhando-os desde a raiz (Políticas de saúde mental, experiências na infância e ambiente escolar) até às folhas (comunidades mentalmente saudáveis, vida profissional e ambiente físico) não esquecendo outros importantes frutos (lazer e pessoas idosas).

Será partindo deste modelo dos indicadores estruturais de saúde mental - MMHE-31 - (Ozamiz et al, 2006) que propomos nas páginas seguintes uma interpretação do olhar necessário para a promoção de saúde mental em espaço urbano.

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL

“As I see it, every day you do one of two things: build health or produce disease in yourself.”

Adelle Davis (1904 - 1974)

Assim como a definição dos conceitos de saúde e de saúde mental é uma tarefa que exige profunda reflexão, qualquer tentativa de definir a promoção da saúde é quase tão difícil como definir a saúde em si mesma. Greene & Simmons-Morton (1988) referem mesmo que o exercício normalmente efectuado para definir a promoção da saúde sofre da mesma miopia que sofreram os três cegos que, ao caminhar por uma estrada, deram com um elefante que lhes barrava o caminho. A sua cegueira levou-os a tocar o objecto que lhes impedia a marcha: O primeiro cego tocou na cauda do elefante e disse que deveria ser uma corda; O segundo tocou uma pata e apressou-se a referir, com certeza, tratar-se do tronco de uma árvore; O terceiro tocou o corpo de elefante e falou numa parede. A promoção da saúde é similar ao elefante, já que muitas das vezes se procura uma definição tendo em conta apenas uma das partes e não o seu todo.

A promoção saúde deve procurar prevenir a doença e, simultaneamente reforçar a saúde positiva (Downie *et al*, 1990). Partindo deste princípio, o mesmo autor afirma que o objectivo principal da promoção da saúde pode ser assumido como sendo o reforço (*promoção*) dos aspectos positivos nas várias facetas da saúde física, mental e social, associado intrinsecamente à prevenção da doença física, mental e social. Complementarmente, um programa eficaz de promoção da saúde deve procurar ajudar o indivíduo a compreender-se melhor, a melhorar a sua auto estima, saber o que é que o faz funcionar, desenvolver respeito por si mesmo (Greene & Simmons-Morton, 1988; WHO, 2001a; Lehtinen, 2008). Um programa de promoção da saúde deve ajudar esse indivíduo a sentir-se bem consigo próprio e com os outros, e a desenvolver um sentido de responsabilidade em função do seu próprio bem-estar e do bem-estar dos outros. Estes indivíduos ficam desta forma melhor preparados para

pensar por si próprios, tomar conscientemente e realisticamente as suas decisões, adaptando-se às contrariedades da vida, integrando-se e interagindo socialmente.

Na Carta de Otava (WHO, 1986) a promoção da saúde foi definida como um processo de capacitar¹² as pessoas para aumentar e melhorar o controlo sobre a sua saúde. Por outras palavras, a promoção da saúde é vista como um processo que visa um *retorno do poder*, dos conhecimentos, das competências e de outros recursos relativos à saúde, para a comunidade, para as famílias e para os indivíduos.

Para melhor compreender a dificuldade em conceptualizar a promoção da saúde, importa sublinhar que segundo Mittelmark & Hagard (cit in Almeida, 2009) o conceito lançado em Otava (WHO, 1986) apresenta “*uma ideia multifacetada, com complexas dimensões filosóficas, políticas, profissionais e práticas, interrelacionadas entre si*”¹³. Recorde-se que a promoção da saúde é um domínio relativamente recente (apesar das ideias e práticas compatíveis com a promoção da saúde datarem pelo menos do início do séc. XX segundo Green & Kreuter, [1991]), e numa efetiva evolução que coloca, *per si*, desafios (Goodstadt *et al*, 2001), como o de clarificar e acordar uma conceção coerente do que constitui a promoção da saúde. A transição para uma *nova saúde pública* implica transformações significativas face a conceções e práticas anteriores que se traduzem num processo com muitas contradições e obstáculos. Acresce a base multidisciplinar, já abordada, e a natureza complexa da promoção da saúde que, abrangendo múltiplas dimensões, cruzadas entre si, e exigindo abordagens diversificadas, dificulta o objetivo de um enquadramento conceptual *unificado*, enquanto legitima a coexistência de diferentes ênfases e posicionamentos dos seus vastos e variados intervenientes. As dificuldades de um processo de transição, rumo a uma *nova saúde pública*, e a partilha de tradições e de profissionais com percursos e origens disciplinares diversas, fundamentam os debates e os focos de tensão (Green & Kreuter, 1991; Kahan & Goodstadt, 2001; Green, 2008) e a predominância, em certos contextos, de uma perspectiva ainda demasiado biomédica (Bauer *et al*, 2003; 2006).

Também no âmbito da saúde mental, o processo não tem sido isento de discussões. O *EU funded Key Concepts Project* (Lehtinen, 2008) tem procurado participar neste esforço de esclarecimento em relação à promoção da saúde mental. Para este grupo de investigadores, a promoção da saúde mental é uma estratégia global e um conjunto de atividades positivas, com o objectivo de 1) aumentar o valor e a visibilidade da

¹² Frequentemente é igualmente utilizado o termo em inglês *empowerment*.

¹³ Tradução do autor

saúde mental, nos diferentes níveis de sociedades, dos grupos comunitários e nos indivíduos; e 2) proteger, manter e promover a saúde mental. O segundo conjunto de atividades pode também ser chamada de *promoção da saúde mental propriamente dita*. A promoção da saúde mental procura encontrar e valorizar factores e processos que protegem a saúde mental e reduzir factores prejudiciais à saúde mental. Para isso, dá especial ênfase à participação e à capacitação dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*) e à cooperação intersectorial. Uma promoção de saúde mental, eficaz e efetiva, deverá resultar na promoção do bem-estar, menor sofrimento humano, uma menor incidência e prevalência dos distúrbios mentais e de comportamento, uma melhor utilização dos serviços, uma melhor qualidade de vida, uma melhoria do funcionamento social, uma integração social reforçada, e outros resultados relacionados (Lethinen, 2008).

Os objectivos da promoção de saúde mental estão, deste modo, concentrados em torno de três grandes temas que abordam quer os componentes de saúde mental do indivíduo, mas também, os componentes sociais da saúde mental, e ainda, os componentes da própria sociedade: 1) a capacidade de cada pessoa em lidar com o seu mundo interior – *resiliência emocional*; 2) a capacidade de cada pessoa em lidar com o seu mundo social – *cidadania* – um sentimento de pertença, a participação, o reconhecimento da diversidade e a responsabilidade mútua; e 3) as *comunidades saudáveis* – que liga o emocional e o social através de um sentimento de interligação e do desenvolvimento de estruturas saudáveis, por exemplo a nível das comunidades urbanas (Health Education Authority, 1997).

Como se observa, a promoção de saúde mental tem sido definida de muitas formas por diversos autores e por diversas organizações. Para o grupo de peritos que constituíram o Mental Health Europe (1999), a promoção da saúde mental 1) é um esforço interdisciplinar e sócio cultural orientado para a realização de condições que promovam o bem-estar psicológico dos indivíduos, dos grupos e das comunidades (envolve toda a comunidade); 2) é um longo processo desde a gestação passando pelo parto, pela primeira infância, pela segunda infância e pela adolescência até à idade adulta e à velhice (acompanha o ciclo vital); 3) foca fundamentalmente as competências, tais como sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com os stressores, criando relações íntimas sustentáveis, a autoconsciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a autoconfiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância (promove o *empowerment* individual); 4) implica a criação de condições no contexto individual,

social e ambiental que permitam um óptimo desenvolvimento psicológico e psicossocial (promove o *empowerment* comunitário); 5) pode, como um dos seus resultados, prevenir os distúrbios mentais e de comportamento (previne a doença).

A reflexão do quadro emanado pela Carta de Otava (WHO, 1986), integrando os conceitos e os contextos em saúde mental assume, segundo Barry & Jenkins (2007) a seguinte forma:

1. *Construir políticas públicas saudáveis*: coloca a promoção da saúde mental na agenda de todos os decisores políticos e apela para uma ação coordenada entre os sectores da saúde, e das políticas económicas e sociais para uma melhor saúde mental. Construir políticas públicas saudáveis inclui diversas abordagens, tais como o investimento em políticas governamentais e sociais, a implementação de legislação e regulamentos, mudanças organizacionais e o desenvolvimento de parcerias. Esta ação destaca a importante influência da área das políticas em outros sectores para além do sector da saúde na saúde mental, ou seja, das políticas de emprego, de habitação, de transportes, da educação e das políticas dirigidas aos cuidados na infância, e apela a uma maior atenção à avaliação do impacte dessas políticas na saúde mental de toda a população.

2. *A criação de ambientes favoráveis à saúde*: transporta a saúde mental para além de um foco individualista por considerar a influência mais ampla dos ambientes sociais, físicos, culturais e económicos. Esta área de ação sublinha a importância da interação entre as pessoas e o ambiente onde vivem e destaca a importância de estruturas de mediação como a habitação, as escolas, as comunidades, os locais de trabalho ou outros contextos comunitários como contextos chave para a criação e a promoção da saúde mental positiva.

3. *Reforçar a ação comunitária*: incide sobre a capacitação (*empowerment*) das comunidades através do seu envolvimento e da sua participação ativa na identificação das suas necessidades, na definição de prioridades, e no planeamento e implementação de medidas para atingir uma melhor nível de saúde e assumir o controlo sobre a sua vida diária. As abordagens de desenvolvimento comunitário fortalecem a participação pública e levam a uma capacitação (*empowerment*) das comunidades, e melhores competências para melhorar a saúde mental ao nível da comunidade.

4. *Desenvolver competências pessoais*: inclui a capacitação para um desenvolvimento pessoal e social através do acesso à informação, da educação e do reforço das

competências individuais. Melhorar o conhecimento e a compreensão das pessoas sobre a saúde mental positiva como uma parte integrante da saúde global constitui uma parte importante desta área de ação, destacando a necessidade de melhorar a literacia em saúde mental. O desenvolvimento de competências pessoais, tais como o auto conhecimento, a melhoria da autoestima, um sentimento de controlo e de autoeficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e estilos de *coping* tem demonstrado promover a saúde mental e ajudar as pessoas a exercer mais controlo sobre sua vida e sobre o ambiente em que vivem.

5. A reorientação dos serviços de saúde: exige que os serviços de saúde mental desenvolvam atividades de promoção da saúde de prevenção da doença, assim como serviços de tratamento e reabilitação. Isto exige um sistema de cuidados de saúde que contribui para uma melhoria da saúde, ao mesmo tempo que promove o tratamento da doença. Em relação à saúde mental, este sublinha o papel importante, por exemplo, dos cuidados de saúde primários e de serviços de saúde mental na promoção da saúde mental em diferentes grupos populacionais, como crianças, jovens mães, pessoas com problemas de saúde crónicos, e, ainda, nos utilizadores dos serviços de saúde mental e nas suas famílias. A reorientação dos serviços de saúde para a promoção da saúde mental requer maior atenção na organização e na estrutura dos serviços de saúde e na formação e treino dos profissionais de saúde.

A promoção da saúde mental é um elemento essencial para uma intervenção comunitária abrangente em saúde pública. Os decisores políticos, a nível europeu, nacional, regional, e, fundamentalmente, local, devem ter acesso às boas práticas que se vão construindo por essa Europa e por esse mundo fora e que demonstram a evidência necessária para a ação.

Segundo Lehtinen (2008), os principais métodos em promoção da saúde mental podem ser listados da seguinte forma:

- 1) *Educação para a saúde* para o público em geral, incluindo sessões sobre saúde mental;
- 2) *Reforçar os sistemas de apoio social*, por exemplo, o atendimento em saúde escolar, os serviços de aconselhamento, os serviços de assistência social, e uma cooperação reforçada entre a escola e a família;
- 3) *Programas e cursos de formação dirigidos a atores chave*, tais como os líderes comunitários, os professores, os trabalhadores dos serviços de emprego;

- 4) *Treino de competências (coping, competências na resolução de problemas, competências sociais);*
- 5) *Advocacia Social:* através do diálogo com especialistas, com os representantes da comunidade, com as principais autoridades e decisores políticos;
- 6) Trabalhar com os *meios de comunicação social*, fornecendo o material relevante e influenciando a maneira como eles escrevem sobre saúde mental;
- 7) Incentivar *atividades de auto ajuda* em diferentes aspectos relacionados com a saúde mental;
- 8) *Medidas específicas de suporte*, por exemplo, suporte de pares nas escolas e promoção da saúde mental no local de trabalho;
- 9) *Aconselhamento* individual e familiar;
- 10) Criação de *serviços de baixo custo*;
- 11) *Consulta por especialistas* em diferentes contextos, tais como creches, escolas, cuidados de saúde primários, segurança social e serviços de emprego.

3.1. Evidência em promoção da saúde mental

Como vimos, frequentemente se questiona o impacto das intervenções em promoção da saúde mental. No entanto vários estudos e projetos de intervenção comunitária têm demonstrado os resultados positivos de uma intervenção que seja estruturada e baseada nas características da comunidade (Sturgeon, 2007; Loureiro & Miranda, 2010; Loureiro *et al*, 2011).

O *Midwestern Prevention Project* (Chou *et al*, 1998) dirigia-se a adolescentes na comunidade e visava a redução dos problemas relacionados com o abuso de substâncias em adolescentes através de uma extensa intervenção baseada na comunidade que incluía: 1) promoção das competências dos adolescentes para resistirem á pressão para o consumo de drogas, 2) suporte parental, 3) envolvimento dos líderes comunitários na restrição do acesso ao álcool e às drogas e na mudança das políticas comunitárias, e 4) campanhas nos meios de comunicação social. O programa foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, e usava uma extensa e multifacetada abordagem comunitária com o foco centrado nos diferentes atores e decisores sociais e políticos. A intervenção estava estruturada em cinco componentes:

1) os *curricula* escolares incluíam o treino de competências bem como suporte e aconselhamento aos adolescentes; 2) o programa dirigido aos pais focava o suporte familiar para o não uso de drogas; 3) a componente comunitária envolvia os líderes comunitários; 4) a componente das políticas de saúde focava a mudança dos regulamentos locais, tais como, a proibição de fumar em espaços públicos, aumento do preço das bebidas alcoólicas, e limitação do acesso às drogas; e 5) as campanhas nos meios de comunicação social utilizavam a televisão, a rádio e a imprensa escrita para apoiar a implementação do programa. A avaliação mostrou resultados promissores: Redução até 40% no uso diário de tabaco e marijuana pelos adolescentes, alguma redução no consumo de álcool e outras drogas, e melhoria de uma comunicação construtiva entre pais e filhos.

Por outro lado, o *Environmental influences on psychological restoration* (Hartig *et al*, 2003) dirigia-se a uma amostra de adultos saudáveis e examinou a influência do ambiente natural na restauração psicológica após a realização de uma tarefa *stressante*. Depois de realizarem um teste de concentração os sujeitos caminharam ao longo de um caminho pedestre ou de uma rua secundária na cidade. A restauração psicológica, medida pela diminuição da pressão arterial, tensão muscular a nível dos músculos do pescoço, e de uma experiência subjetiva de relaxamento, foi significativamente mais rápida naqueles que percorreram o percurso pedestre do que naqueles que caminharam numa rua da cidade.

No âmbito da relação exercício físico/saúde mental, o *Aerobic exercise* (DiLorenzo *et al*, 1999) dirigido a adultos saudáveis visava promover a resistência física e o bem-estar psicológico dos participantes. Tratava-se de um programa de exercício físico pelo período de 12 semanas recorrendo ao uso de uma bicicleta ergonómica quatro vezes por semana em sessões de 24 minutos. A avaliação mostrou que, comparando com o grupo de controlo, os participantes não só adquiriram benefícios fisiológicos, mas também melhorias psicológicas, em particular em situações de depressão. O efeito a longo prazo desta experiência demonstrou que, ao fim de um ano, o incremento significativo do bem-estar físico e mental estava ainda presente.

Numa resposta aos problemas de zonas urbanas degradadas, o *Sure Start Local Programmes* (The National Evaluation of Sure Start Team *et al*, 2010), dirigido a crianças dos 12 aos 36 meses de idade e suas famílias em zonas habitacionais degradadas, pretendia apoiar as crianças e as suas famílias através da integração de uma educação precoce, cuidados às crianças, cuidados de saúde, e serviços de suporte familiar em zonas habitacionais degradadas. O programa visava promover a

saúde e o bem-estar das crianças e das suas famílias, de modo que as crianças viessem a ter mais oportunidades de sucesso escolar e de sucesso pessoal e profissional na idade adulta. O programa *Sure Start* teve uma flexibilidade local, mas, no geral, os serviços incluíam contato e visitas domiciliárias, suporte à família para promover a qualidade das brincadeiras das crianças, e ainda, estruturas de cuidados à criança e educacionais. Os pais das crianças com 3 anos mostraram menor parentalidade negativa para providenciar um lar e um ambiente de aprendizagem mais favorável para os seus filhos. As crianças de 3 anos das áreas *Sure Start Local Programmes* (SSLP) apresentavam melhor desenvolvimento social com níveis mais elevados de comportamento social positivo, assim como se mostravam mais independentes e com melhor autoregulação do que as crianças de áreas similares não envolvidas no programa SSLP. Os efeitos do programa SSLP relativamente aos comportamentos sociais positivos parecem ser uma consequência dos benefícios do SSLP na parentalidade. As famílias que viviam nas áreas do SSLP usavam mais os serviços centrados nas crianças e suas famílias do que as outras famílias.

Desenvolvido em contexto escolar o *MindMatters* (Wyn *et al*, 2000), para estudantes e alunos em escolas secundárias, procurava reforçar um ambiente escolar positivo que promovesse a saúde mental dos jovens e lhes proporcionasse as competências e os recursos para enfrentarem os desafios da vida. O programa também apoiou os professores, os pais e a comunidade escolar no sentido de desenvolverem mecanismos de suporte para jovens em risco de desenvolverem distúrbios mentais e de comportamento. A iniciativa *MindMatters* é um programa de promoção, prevenção e intervenção precoce em saúde mental australiano para escolas secundárias, que aplica os princípios do *whole school approach* (Weare, 2001). Proporciona um desenvolvimento e um treino profissional para o pessoal que trabalha nas escolas (docentes e não docentes) que procura fornecer aos participantes o conhecimento, as competências e a compreensão para implementar com sucesso o programa *MindMatters* na comunidade escolar. O programa também incluiu recursos escolares, um sítio na internet dedicado ao projeto e acessoria técnica para as escolas participantes. O programa *MindMatters* incluiu três projetos adicionais: *MindMatters Plus* para os alunos em risco de desenvolverem distúrbios mentais e de comportamento, *MindMatters Plus GP* e *Families Matter*. O projeto *MindMatters* foi avaliado de várias formas distintas, utilizando uma abordagem quantitativa e qualitativa. O programa aumentou a percepção das temáticas relacionadas com a saúde mental, e encorajou as escolas a desenvolver políticas, estruturas e

procedimentos, bem como um *curriculum* que promova a saúde mental dos seus estudantes e dos seus funcionários. Logo de início, surgiu alguma evidência na diminuição das taxas de retenção e de abandono escolar, e um aumento do número de estudantes que procuraram apoio nos professores. Isto sugere que houve uma melhoria da identificação dos estudantes com a sua escola. Além disso, identificou-se evidência que sugere que a resposta dos professores ao *bullying* melhorou. Os estudantes que participaram nas atividades de desenvolvimento de competências sentiram-se mais confiantes na sua capacidade em lidar com as temáticas da saúde mental. Os professores referiram que a iniciativa lhes proporcionou a confiança e as competências necessárias para melhor apoiar e compreender as necessidades dos estudantes, e para identificar os jovens que possam precisar de suporte adicional.

Dirigido a todos os profissionais dos cuidados de saúde primários, o *Developing health promotion in health centre* (Berkels *et al*, 2004) propunha melhorar as competências de resolução de problemas e o bem-estar dos profissionais, aumentar a aprendizagem na organização e o trabalho em equipa multidisciplinar e prevenir o *burnout* através da melhoria dos modelos e das condições de trabalho. Este programa finlandês foi desenvolvido para promover o bem-estar dos profissionais do centro de saúde através da melhoria das condições de trabalho e da construção de um modelo regional de trabalho preventivo e promoção da saúde. O programa, com a duração de 2 anos, concentrou-se na formação de agentes de mudança e trabalhadores em projetos, e também, nos profissionais do centro de saúde. Os métodos utilizados foram: formação conjunta para os agentes de mudança; análise histórica do trabalho e dos problemas relacionados com o trabalho; *feedback* para a administração e para os decisores; implementação de atividades de suporte pelo grupo de pares. O programa foi avaliado quer quantitativamente, quer qualitativamente. A avaliação mostrou que um desenvolvimento contínuo das condições de trabalho é uma condição necessária para a promoção do bem-estar num momento em que os problemas de saúde da população aumentam. O impacto do programa ficou demonstrado na 1) melhoria das competências na resolução de problemas do grupo; 2) redução do absentismo; e 3) uma maior motivação dos empregados.

Vocacionado para pessoas com distúrbios mentais e de comportamento graves que vivem na comunidade, o *The Clubhouse Model* (McKay, Johnsen & Stein, 2005) tem como objectivo eliminar as barreiras sociais do estigma e do isolamento, recorrendo a membros de clubes comunitários (*clubhouse*) abordando temáticas como baixa auto estima, baixa motivação e isolamento social. O objectivo é ajudar as pessoas a

construir uma vida com mais significado e mais produtiva na comunidade. O programa fornece serviços e apoio aos membros do clube comunitário (*Clubhouse*) com o objectivo de os reintegrar no mundo do trabalho. O clube comunitário (*Clubhouse*) é um local, gerido pelos utentes e pelos profissionais numa base igualitária, onde os utentes se podem encontrar para atividades sociais, suporte mútuo e experiências de trabalho graduado. A avaliação mostrou que o modelo *clubhouse* é efetivo na redução das taxas de hospitalização e na melhoria da qualidade de vida, assim como, na promoção do emprego, da inclusão social, e das relações interpessoais. As pessoas que se mantiveram ligadas por mais tempo ao clube comunitário trabalharam por períodos mais longos e apresentaram maior potencial de rendimento do que as pessoas com uma ligação ao clube mais reduzida.

No desenvolvimento da coesão e do suporte social, o *Good Neighbour Scheme* (Suffolk ACRE, 2010) dirigido a pessoas idosas que vivem na comunidade é dedicado à redução do isolamento social e da solidão vivida por muitas pessoas idosas. Voluntários são treinados e apoiados para acompanhar e capacitar pessoas idosas a desenvolver uma vida com mais significado. A função dos voluntários pode variar conforme as necessidades. Pode ser acompanhar uma pessoa idosa a uma consulta de oftalmologia ou de estomatologia, ou na visita a casa de um amigo. Pode ser ajudar um deficiente visual a responder a um *e-mail*¹⁴. Ter alguém com quem conversar durante algumas horas por semana ou que nos ajude a fazer as compras pode ser um forte incentivo para uma maior confiança em si próprio. Os resultados têm demonstrado um aumento do auto estima e nível emocional positivo mais elevado (medidos por indicadores especialmente desenvolvidos para o programa). A maioria dos utentes (80%) referiram ter mais companhia humana e 52% referiram passar mais tempo for a de casa.

A evidência vai sendo construída e fundamentando os resultados e a necessidade do desenvolvimento de programas e planos de promoção da saúde mental ao longo do ciclo vital (Sturgeon, 2007).

¹⁴ Correio eletrónico

4. SAÚDE MENTAL AO LONGO DO CICLO VITAL

“It is a lot harder to keep people well than it is to just get them over a sickness.”

DeForest Clinton Jarvis - Médico (1881 - 1966)

A saúde mental é uma componente inseparável da saúde geral de um indivíduo (WHO, 2001a; WHO, 2001b; Sturgeon, 2007; Lethinen, 2008; Taipale, 2009). Para além deste princípio chave, que devemos ousar respeitar na nossa organização social, económica e política, a saúde mental tem significativamente aumentado a sua importância devido aos enormes desenvolvimentos e mudanças que ocorreram (e ocorrem) nas nossas sociedades após a 2ª guerra Mundial. A nossa saúde mental está organicamente ligada com as estruturas e funções do nosso ambiente físico e psicossocial. Como referido, o nível de saúde mental de uma população condiciona de muitas formas o funcionamento das nossas comunidades, organizações, locais de trabalho e as funções sociais de uma comunidade são cada vez mais interdependentes.

A saúde mental deve ser pensada como uma garantia de desenvolvimento e, por isso, deve ser parte integrante das decisões políticas¹⁵ tomadas para o desenvolvimento das comunidades.

A caminhada final deste primeiro capítulo far-se-á desta forma olhando pormenorizadamente cada um dos domínios reflectidos e construídos por Ozamiz e colaboradores (Ozamiz *et al*, 2006; Lehtinen, 2008) empenhados em construir boa saúde mental e estruturar as respostas necessárias num planeamento regional ou local deste importante esforço para as nossas comunidades.

¹⁵ O termo político é aqui utilizado com duplo sentido: na língua inglesa distinguem-se os termos “*policy*” e “*politics*”, referindo-se o primeiro às opções tomadas na organização das sociedades e o segundo à atividade política propriamente dita. Como facilmente se depreende, os termos não são sempre coincidentes, mas, em relação a esta reflexão deseja-se que o sejam.

4.1. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL COMPREENSIVAS

A resposta às necessidades de saúde mental de uma dada comunidade só será efetiva se for desenhada tendo em consideração as suas características específicas. É necessário pensar, sentir e refletir a comunidade onde a intervenção pretende ser realizada. Cada região deve ter uma política de saúde mental abrangente, salientando especialmente a necessidade de reforçar a promoção da saúde mental e da prevenção dos distúrbios mentais e de comportamento. Muitos países, Portugal incluído, estabeleceram uma política nacional de saúde mental (Portugal, 2008) que é seguida em todas as suas regiões, o que pode afastar a ação das necessidades das comunidades em causa.

Uma política de saúde mental de base regional deve adoptar uma atitude compreensiva e incluir: 1) *Legislação de saúde mental moderna*: uma lei específica da saúde mental é necessária, abrangendo todos os aspectos das intervenções em saúde mental. Para além da organização dos serviços de saúde mental e da regulamentação legal relativas ao internamento involuntário em psiquiatria forense, os pontos seguintes são particularmente importantes e, por isso devem ser incluídos: a) ampla definição de saúde mental e das intervenções em saúde mental; b) promoção da saúde mental; c) cooperação com outros sectores da sociedade, e d) regulamentação, a fim de assegurar os direitos dos doentes. Além disso, aspectos relacionados com a saúde mental devem ser incorporados em outra legislação, por exemplo, a relativa ao financiamento de serviços, aos direitos humanos em geral, e à avaliação do impacto social; 2) *A análise das políticas de saúde mental* é um meio para os decisores e para os gestores garantirem que a promoção da saúde mental é realizada de forma mais eficaz. A análise das políticas refere-se a comparações entre países e entre regiões (e dentro destas em cada comunidade), e à avaliação das tendências temporais (eixo da profundidade). A preparação para uma abordagem com políticas de saúde deve existir em cada país e em cada região, de forma a conduzir as intervenções necessárias; 3) *Um programa de saúde mental* é um documento escrito que é aprovado pelo governo (central, regional e local). É um plano que define a forma como as políticas de saúde mental serão implementadas na prática. Deve abranger todos os aspectos relevantes das políticas de saúde mental e, sobretudo, os componentes relevantes para um quadro de intervenções em saúde mental: a promoção da saúde mental, a prevenção dos distúrbios mentais e de comportamento, a luta contra o estigma associado à saúde mental, a garantia do respeito pelos direitos

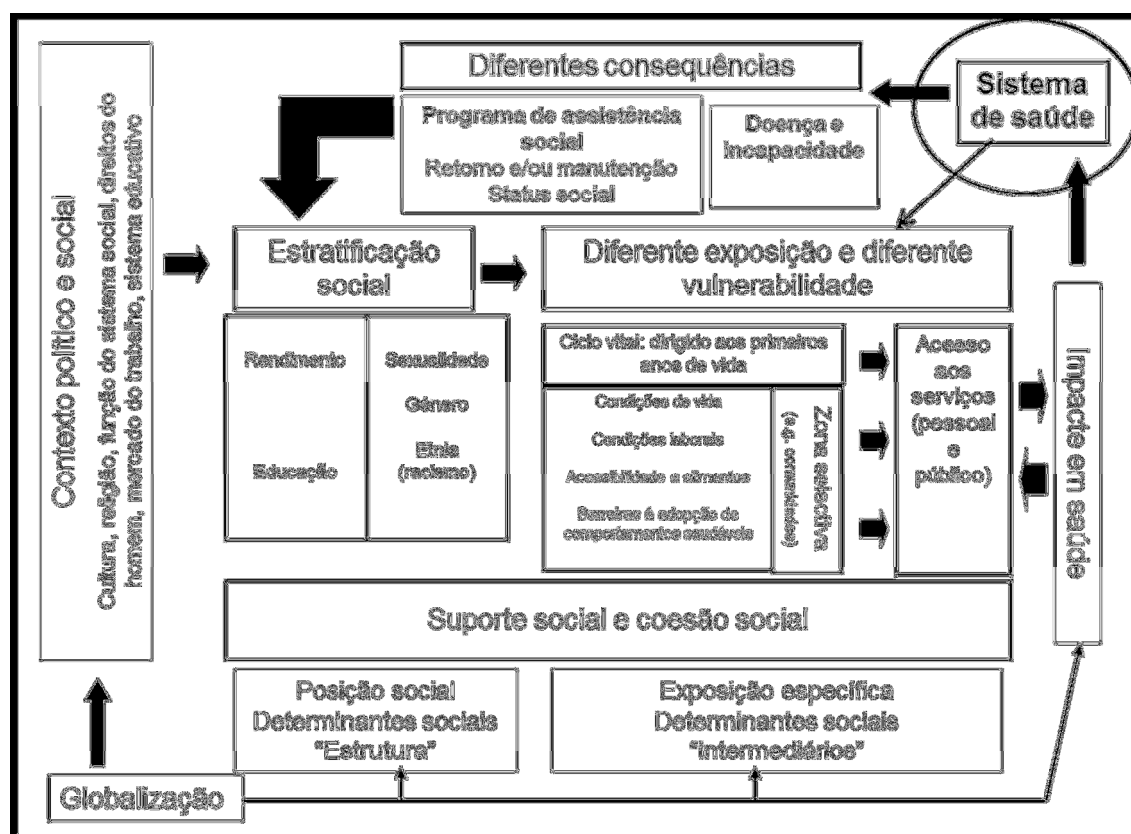
Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental:
Um estudo de caso

Parte 1: Saúde mental : o novo desafio da saúde pública

humanos e pelos direitos dos utentes dos serviços de saúde mental, bem como os cuidados e a reabilitação das pessoas com distúrbios mentais e de comportamento; 4) *A cooperação entre os diferentes sectores*: uma política global de saúde mental não se concretiza apenas através dos sectores sociais e da saúde. O sector saúde é aqui apenas mais um determinante (muito importante é certo) do nível de saúde das comunidades (Figura I.1.6) e não a garantia única de boa saúde mental na comunidade. Outros importantes sectores da sociedade são a educação, o emprego, a habitação, os ambientes, a economia e a justiça.

Figura I.1.6: O sistema de saúde como um determinante social



Fonte: Adaptado de Mackenbach & Bakker (2002)

Uma estreita e positiva cooperação com todos estes outros sectores é uma condição prévia e essencial para uma efetiva execução das políticas de saúde mental. Esta cooperação deverá ter lugar a todos os níveis: entre os ministérios a nível governamental, a nível da administração regional e, ao nível da comunidade local; 5) *Uma política ativa de recursos humanos*: a disponibilidade de recursos humanos de alta qualidade deve ser assegurada. Este objectivo pode, em parte, ser assegurado

mediante a oferta adequada de formação em saúde mental para todos os profissionais de saúde e também para todos os profissionais intervenientes na área da segurança social e da educação. Além disso, o currículo básico de formação de muitas outras profissões deve incluir formação sobre promoção da saúde mental e outros tópicos relevantes relacionados com a saúde mental. Esta necessidade refere-se, em particular, àqueles que trabalham nas áreas da educação, do emprego, do sistema de justiça e do planeamento ambiental. A formação pós graduada não pode, neste contexto, ser menosprezada, e deve-se-lhe atribuir a importância necessária; 6) *A inclusão de utentes e prestadores de cuidados* deve ser um princípio orientador em todo o planeamento social, bem como na implementação das atividades que influenciem o bem-estar das pessoas. Isto é especialmente importante no domínio dos serviços dirigidos a pessoas com distúrbios mentais e do comportamento onde os utentes têm sido sistematicamente excluídos da tomada de decisão. Da mesma forma, os familiares têm sido muitas vezes considerados mais como uma interferência, do que como um parceiro efetivo no processo de tratamento; 7) *Um sistema de informação em saúde mental* abrangente deve estar disponível para uma efetiva monitorização do nível de saúde mental das comunidades, para o planeamento de serviços, para a alocação de recursos e para a avaliação das intervenções. Este sistema de informação deve ser parte integrante do sistema de informação regional sobre saúde em geral. Os aspectos seguintes devem ser incluídos no sistema de informação em saúde mental: a) o conjunto de indicadores de saúde mental da UE, abrangendo o nível de saúde mental (incluindo também a saúde mental positiva), os determinantes da saúde mental e os serviços de saúde mental (incluindo a promoção da saúde mental e a prevenção dos distúrbios mentais e de comportamento); b) uma estrutura para recolher regularmente as informações necessárias; c) a análise dos dados e das informações; e d) Um *feedback* e uma divulgação da informação eficazes; 8) *Programas de luta contra o estigma*: os aspectos relacionados com a saúde mental em geral e com os distúrbios mentais e de comportamento em particular carregam um grande estigma e estão sujeitos às atitudes negativas da generalidade da população, bem como das atitudes negativas dos decisores. Isto dificulta, em muitos aspectos, o estabelecimento de um quadro abrangente de serviços de saúde mental na sociedade. Portanto, é importante para criar e implementar programas de combate ao estigma relacionado à saúde mental que sejam efetivos. *Uma avaliação do impacto em saúde mental* é necessária para avaliar as possíveis consequências da saúde mental das diferentes ações da sociedade. Como já demonstrado, o desenvolvimento social pode

promover ou prejudicar a saúde mental das pessoas. Um instrumento de avaliação do impacto no bem-estar mental (*Impact Assessment Toolkit*) foi recentemente desenvolvido e testado pela Care Services Improvement Partnership (2007) na Inglaterra; 9) *A investigação* em promoção da saúde mental e nas políticas de saúde mental deve ser apoiada por programas específicos de investigação, desenvolvida por equipas multidisciplinares que incluam profissionais de saúde mental, autoridades locais, regionais e nacionais, e da comunidade de investigação em geral para assegurar o necessário conhecimento sobre as circunstâncias específicas de cada país e de cada região; 10) *Financiamento adequado*: A obrigação do governo (nacional, regional e local) é o de assegurar financiamento suficiente para as diferentes intervenções em saúde mental. A experiência tem demonstrado que a posição da saúde mental muitas vezes subvalorizada, em comparação com, outros sectores da saúde facilmente inibe o desenvolvimento do sector da saúde mental. Portanto, é preferível ter um orçamento separado para o sector da saúde mental, bem como para a promoção da saúde mental e a prevenção dos distúrbios mentais e de comportamento.

4.2. CONSTRUIR COMUNIDADES MENTALMENTE SAUDÁVEIS

A saúde mental do indivíduo está fortemente relacionada com as características da comunidade onde este vive. O desenvolvimento das comunidades que sejam promotoras da saúde mental das pessoas (ou seja, que aumentem o capital social) exige a aplicação adequada de políticas e programas de saúde mental, e deverá incluir várias ações:

Promover a participação: A participação ativa das pessoas em diferentes atividades na comunidade está fortemente relacionada um bom funcionamento do ambiente onde estas vivem. Por isso, os líderes comunitários e as pessoas de referência na comunidade local devem, de todas as formas possíveis, apoiar a criação de diferentes tipos de atividades conjuntas e de redes que facilitem a participação de todos no desenvolvimento da comunidade. A capacitação das pessoas (*empowerment*) é a palavra-chave para este esforço.

Apoiar a criação de atividades de autoajuda: os grupos de autoajuda provaram ser um instrumento eficaz e de baixo custo na luta contra os riscos relacionados com diferentes tipos de acontecimentos de vida, tais como o desemprego, o divórcio, a morte do cônjuge, a dependência de drogas ou álcool de um membro da família ou em

problemas de violência familiar. Por conseguinte, é importante, que as autoridades regionais e locais apoiem, utilizando todos os meios possíveis, a criação deste tipo de atividades baseadas em grupos de autoajuda.

Providenciar sistemas de apoio: a família e os amigos são os sistemas de apoio natural para a maioria das pessoas. Nem todas as pessoas na comunidade, no entanto, estão em posição para fazer uso desses sistemas de apoio natural. Referimo-nos aos idosos isolados, às famílias monoparentais, aos imigrantes e às pessoas com distúrbios mentais e de comportamento. Uma comunidade saudável coordena, juntamente com as organizações religiosas e com as organizações de voluntários, o necessário apoio social para estas pessoas, através de diferentes tipos de programas de apoio social (*befriending*), de trabalho comunitário e na facilitação do acesso aos diferentes serviços da comunidade. O respeito pela diversidade e pelos direitos humanos devem ser os fundamentos base nestas atividades.

O acesso aos serviços de saúde mental: Uma característica essencial de uma comunidade saudável é a disponibilidade de serviços de saúde mental de baixo custo, baseados na comunidade para todos os que têm necessidade destes serviços. Os serviços devem abranger um amplo espectro de atividades: a promoção da saúde mental, a prevenção de distúrbios mentais e de comportamento, a detecção precoce, o tratamento e a reinserção das pessoas com distúrbios mentais e de comportamento, bem como a prevenção da mortalidade prematura.

Promover a equidade e a justiça social: a equidade e a justiça social têm de prevalecer na comunidade para que esta possa promover a saúde mental. Ninguém deve ser discriminado por causa de seu *status* social, da sua religião, do seu nível educacional, da sua etnia, da sua idade, do seu sexo, das suas competências, da sua orientação sexual ou da sua opinião política. A igualdade de acesso à educação e ao emprego são características básicas das comunidades com justiça social. Um nível de vida suficiente para uma vida digna deve ser assegurado para todos.

4.3. DESENVOLVER O AMBIENTE FÍSICO

As características do ambiente físico têm um impacto sobre a saúde mental das pessoas. Estas podem ser reforçadas, por exemplo, através das seguintes ações:

Construir ambientes habitacionais mentalmente saudáveis: foi demonstrado que as condições da habitação têm um forte impacto sobre o bem-estar mental das pessoas.

É por isso importante assegurar que os aspectos da saúde mental são suficientemente tidos em conta no planeamento urbano e da habitação.

Disponibilizar parques e outros espaços verdes nas zonas urbanas é importante para as pessoas terem um lugar onde passear e desfrutar do ambiente. Foi igualmente demonstrado que ter oportunidade de ficar perto da natureza proporciona muitas influências positivas na saúde mental de cada um.

Disponibilizar parques infantis para as crianças: brincar é muito importante para o desenvolvimento psicossocial saudável das crianças. Ambientes urbanos com grande densidade fornecem poucas oportunidades para as crianças brincarem. É por isso importante construir uma rede de parques infantis e de parques de aventura para as crianças de diferentes níveis etários.

Reduzir o ruído e a densidade populacional: muitas das nossas cidades são muito barulhentas e as suas ruas superlotadas. Estas características são conhecidas por estarem relacionadas com um risco aumentado de stresse e baixo nível de bem-estar. Todas as zonas urbanas deverão ter um programa para reduzir o ruído e a sobrelotação das ruas e outros locais públicos. O estabelecimento de *zonas livres de automóveis* nos centros das cidades é uma opção.

Garantir a segurança pública: as pessoas devem ser capazes de viver sem medo da violência ou do assédio nas ruas ou noutros locais públicos, nas escolas e nos locais de trabalho. Isto pode ser conseguido através da aplicação de muitos programas disponíveis para lutar contra o assédio moral, o assédio sexual e a violência física. Uma tolerância zero deve ser o princípio orientador base relativo a estas questões.

4.4. PROPORCIONAR OPORTUNIDADES PARA ATIVIDADES DE LAZER E PARTICIPAÇÃO CÍVICA

O relaxamento, a recreação e as experiências positivas de vida são elementos importantes no suporte do bem-estar mental de uma pessoa. Estas experiências podem ser alcançadas pelo desenvolvimento de hábitos de lazer adequados, tais como:

Educação nos tempos livres: Para muitos adultos e idosos estudar uma temática que sente como interessante ou útil pode ser uma importante forma de lazer que proporciona prazer, autorrealização e, também, desenvolvimento de novas competências. As áreas temáticas podem incluir, por exemplo, as línguas estrangeiras, os trabalhos manuais, jardinagem, diferentes atividades artísticas ou,

ainda, outros passatempos. É importante que a comunidade ofereça oportunidades para este tipo de atividades.

Instalações desportivas: tem sido claramente demonstrado que a atividade física influencia positivamente a saúde mental. Assim, os campos desportivos, as piscinas públicas, as pistas cicláveis, os trilhos de *jogging* e os ginásios deverão estar acessíveis aos cidadãos. A responsabilidade do município é apoiar e reforçar a construção destas instalações.

Cultura: a arte nas suas diferentes formas permite à pessoa reviver experiências. Este aspecto pode ter uma influência positiva sobre a saúde mental, criando oportunidades para uma identificação e autoanálise, para uma experiência emocional positiva e, também, para a catarse. Deste modo, os municípios devem estabelecer centros culturais, bibliotecas, teatros, galerias de arte e salas de concerto não só para proporcionar experiências artísticas para os seus cidadãos, mas também porque proporciona mais e melhor saúde.

Instalações para a participação cívica: as redes comunitárias e a participação cívica são características do capital social. Os municípios podem apoiar a saúde mental, proporcionando instalações onde as organizações cívicas envolvidas em diferentes atividades reunirem. Na organização e cedência destas instalações as necessidades dos diferentes grupos etários devem ser reconhecidas.

Organizações de juventude: a participação em organizações como o movimento escoteiro, grupos teatrais de jovens ou outras atividades similares que reforcem a cooperação e a responsabilidade mútua têm-se revelado importantes para o desenvolvimento psicológico saudável dos adolescentes. Por isso, é importante que a sociedade apoie a criação e a manutenção de tais atividades e organizações.

Centros de atividade para crianças e suas famílias: as famílias com filhos mais novos precisam de atenção especial. Centros especiais que proporcionem atividades conjuntas para pais e filhos são um dos meios de apoio útil na prossecução deste objetivo.

4.5. MELHORAR A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA

A base para uma saúde mental no adulto constrói-se na infância. Esta faixa etária é o período mais favorável para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde mental efetivas (Lehtinen; 2008).

Atendendo a que o ambiente familiar é o ambiente natural onde a criança vive e os pais são os mais importantes cuidadores da criança, a maioria das atividades devem ser dirigidas a toda a família. Estas incluem:

Cuidados maternos compreensivos, disponíveis para todas as gestantes na região, devem ser organizados pelas autoridades de saúde. Isto deve incluir consultas de seguimento regulares durante toda a gravidez, que proporcionem a identificação quer dos factores de risco físicos, quer dos factores de risco de âmbito psicossocial.

Uma educação parental para ambos os pais durante a gravidez deve ser uma parte integrante dos serviços de saúde materno-infantil públicos. Uma vinculação precoce segura entre o bebé e o principal cuidador, assim como uma "*parentalidade suficientemente boa*" são elementos-chave necessários para o desenvolvimento saudável da criança.

A licença parental (total ou parcial e subsidiada) após o parto deve ser de pelo menos dois anos. As estreitas relações com ambos os pais são importantes para o saudável desenvolvimento da criança, sendo que o pai deveria ser capaz de utilizar pelo menos seis meses dessa licença parental. Suporte económico suficiente para a família durante este período é uma condição essencial para garantir o bem-estar psicológico da família.

Cuidados pós-natais compreensivos: muitos países e regiões desenvolveram uma rede com capacidade de resposta geodemográfica das chamadas *clínicas para o bem-estar do bebé* como parte dos cuidados oferecidos pelos serviços de saúde pública. Elas oferecem *check-ups* de saúde periódicos para crianças em idade pré-escolar, mas também cuidam da situação psicossocial de toda a família. Deste modo, é importante que os cuidados pós-natais não olhem apenas para o desenvolvimento físico da criança, mas que também seja capaz de acompanhar o desenvolvimento psicológico da criança.

Creches para crianças: ambos os pais das crianças dos nossos dias trabalham cada vez mais fora de casa. Para apoiar, quer as famílias, quer o desenvolvimento das crianças, é essencial que a sociedade tenha estabelecido uma rede de creches bem distribuídas e de alta qualidade onde a criança possa passar o tempo quando os pais estão no trabalho. Para ser um espaço promotor de saúde mental, a creche deve oferecer atividades, estímulos e segurança para as crianças, e inspirar, simultaneamente, um sentimento de confiança nos pais.

Serviços de suporte para pais em risco: Uma ênfase especial deve ser direccionada para os pais e as famílias em que existe um risco acrescido para a criança de

desenvolvimento indesejável. Estas situações incluem famílias monoparentais, pais muito jovens ou pais com distúrbios mentais e do comportamento ou, ainda, com problemas de abuso de substâncias. As visitas domiciliares realizadas por profissionais ou por organizações voluntárias (*befriending*) são exemplos programas e serviços que desenvolvem um apoio efetivo.

4.6. PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DE ESCOLAS MENTALMENTE SAUDÁVEIS

A escola é o lugar onde encontramos a grande maioria das crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos de idade e podem facilmente ser trabalhados (Lehtinen, 2008). Assim, é muito natural que a maioria das atividades universais promotoras de saúde mental dirigidas a estes grupos etários seja desenvolvida em contexto escolar. Além disso, estas atividades podem ser facilmente integradas na vida escolar do dia-a-dia. A base da promoção da saúde mental na escola centra-se numa boa relação pedagógica, promotora de respeito, autonomia e responsabilidade (Weare, 2000; Portugal, 2001). A seguir apresentamos um conjunto de atividades que podem ser utilizadas para promover a saúde mental em contexto escolar:

Integrar a promoção da saúde mental e temáticas de saúde mental na política da escola e no seu currículo: Uma abordagem compreensiva, com o envolvimento de toda a escola, na promoção da saúde mental, significa que, quer a política da escola, quer o ambiente escolar, quer a ética que gere o espaço escolar, tudo promove a saúde mental de toda a comunidade escolar. As temáticas de saúde mental são integradas em todo o currículo escolar como um princípio transversal que abrange todas as disciplinas escolares. A educação para a saúde mental deve continuar durante todo o percurso escolar.

Providenciar apoio psicológico para os alunos: uma escola promotora de saúde disponibiliza apoio psicológico aos seus alunos, sempre que necessário. Isto significa que os enfermeiros escolares, os psicólogos escolares e/ou os conselheiros escolares são parte integrante do pessoal escolar e participam em atividades do quotidiano escolar para que se possam familiarizar com os alunos. A confiança dos alunos nestes profissionais é um aspecto importante para o sucesso destas intervenções.

Providenciar suporte para os professores: Os professores poderão igualmente precisar de apoio emocional, especialmente quando se trabalha com crianças que enfrentam o período da puberdade. As discussões em equipa, a supervisão individual ou de grupo,

bem como a possibilidade de consulta com um especialista em saúde mental são alguns meios para ajudar a superar os problemas.

Envolver os pais: um elemento essencial no conceito de *escola saudável* é a participação ativa dos pais em discussões e nas tomadas de decisão relativas ao seu filho. Um contacto próximo entre pais e professores é um elemento favorável para todos os parceiros envolvidos na comunidade escolar. Uma associação de pais ativa e dinâmica deve ser instituída em cada escola, ou agrupamento de escolas, e ser envolvida formalmente na vida da comunidade escolar. Este é o meio pelo qual os pais podem participar em todas as possíveis atividades desenvolvidas pela escola.

Promover o trabalho em equipa: trabalhar em equipa reforça o sentimento de solidariedade e as competências sociais dos alunos. Assim, o trabalho de equipa é uma das palavras-chave incontornáveis no quotidiano de uma escola mentalmente saudável. Do mesmo modo, a cooperação e o trabalho de grupo é igualmente importante para os professores e outros funcionários não docentes. A participação dos alunos em todos os níveis da vida da escola é, também, um elemento importante para uma boa saúde mental.

Implementar programas de promoção saúde na escola: Muitos programas específicos provaram ser eficazes na melhoria do bem-estar psicológico e da segurança nas escolas. O *Mind Matters-programme* (Wyn *et al*, 2000) e várias medidas *antibullying* são apenas dois exemplos possíveis. Cada escola deverá desenhar os programas mais adequados às suas necessidades e aos seus objectivos.

4.7. PROMOVER UMA VIDA PROFISSIONAL MENTALMENTE SAUDÁVEL

A relação entre trabalho e saúde mental é complexa. Dependendo das circunstâncias trabalho pode prejudicar ou promover a saúde mental dos trabalhadores. A criação de um local de trabalho mentalmente saudável é essencialmente uma responsabilidade das empresas e das entidades patronais, juntamente com os trabalhadores e seus representantes.

O papel dos políticos é o de proporcionar condições favoráveis ao suporte da sociedade para estas ações. Os seguintes meios podem ser utilizados nestes esforços:

Política de emprego compreensiva: trabalho regular e satisfatório é um dos pilares da boa saúde mental da população adulta. Portanto, o pleno emprego deve ser o objectivo da atual política de emprego. Porque nem sempre é possível evitar que as

peçoas fiquem desempregadas, todas as medidas disponíveis para apoiar os desempregados a regressar ao mercado de trabalho, logo que possível, devem ser utilizadas. Para aqueles cujo desemprego mostra sinais de prolongamento no tempo, devem ser disponibilizadas ações para evitar a exclusão social e a marginalização.

Promover a comunicação e o envolvimento pessoal: uma importante característica de um trabalho mentalmente saudável é que os trabalhadores têm um real e genuína possibilidade de contribuir para a tomada de decisões relativas à estratégia, à política de comunicação e à gestão de recursos humanos no local de trabalho, bem como sobre as condições individuais de trabalho, as tarefas e os objectivos.

Implementação de diretivas antidiscriminação: A discriminação, o assédio moral e o assédio sexual são gravíssimos factores de risco para o nível de saúde mental no local de trabalho. Assim, cada local de trabalho deve ter acordado um plano de ação sobre esses eventos negativos, envolvendo toda a comunidade da empresa. "Tolerância zero" deve ser o princípio orientador base na gestão no controle destes problemas.

Providenciar treino de competências em gestão: Os gestores estão numa posição-chave para criar uma atmosfera saudável mentalmente no local de trabalho. Portanto, é importante que cada local de trabalho desenvolva um programa de treino de competências de gestão para todos os altos funcionários da empresa.

Implementar programas de promoção da saúde no local de trabalho: vários programas destinados a promover um local de trabalho saudável e a reforçar a saúde mental do pessoal têm sido desenvolvidos, testados na prática, e demonstrado a sua efetividade. Bons exemplos de práticas de promoção da saúde mental no local de trabalho podem ser encontrados no relatório "*Mental Health at Work: Impacts, Issues and Good Practices*", (Harnois & Gabriel, 2000). Programas de promoção da saúde mental exequíveis devem ser implementados em todos os locais de trabalho.

Ajuste entre vida profissional e vida familiar: na sociedade moderna, ambos os pais trabalham geralmente fora do lar, o que traz desafios na conjugação das obrigações familiares e das exigências laborais. Este aspecto é especialmente relevante em famílias com filhos mais novos. A sociedade deve proporcionar creches de boa qualidade e suporte económico suficiente para permitir às famílias fazer as suas próprias escolhas relativamente ao suporte que necessita para os seus filhos. Os empregadores devem proporcionar oportunidades para soluções individuais através, por exemplo, de um horário laboral flexível.

Apoiar os desempregados ou pessoas em situações de trabalho precárias: O desemprego significa muitas vezes, embora nem sempre, uma situação de risco para

a saúde mental da pessoa. O mesmo também pode ser verdade nas situações precárias de trabalho, sendo indesejáveis as relações laborais baseadas em trabalho a tempo parcial ou por um período de tempo limitado. Programas específicos, para apoiar estas pessoas emocionalmente, devem estar disponíveis na comunidade. Um apoio financeiro suficiente para uma vida digna também deve ser fornecido pela sociedade.

Proporcionar emprego apoiado para pessoas com distúrbios mentais e de comportamento: especialmente as pessoas com distúrbios mentais e de comportamento crónicos podem, muitas vezes, ter dificuldades em gerir o chamado “*emprego normal*” por causa da sua doença ou da medicação de que necessitam. As atitudes negativas dos empregadores ou dos colegas de trabalho são também, por vezes, um obstáculo ao emprego dito normal. Estes factores facilmente conduzem à marginalização e à exclusão social. Por isso, é importante estabelecer um sistema para providenciar emprego apoiado para essas pessoas.

O envolvimento dos sindicatos: Os sindicatos têm um papel fundamental na negociação das condições de trabalho. Ao nível do local de trabalho, os representantes sindicais devem ter posições específicas e adequadamente definidas na organização do local de trabalho.

4.8. PROMOVER A SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS

O número de pessoas idosas na comunidade não para de aumentar rapidamente em todos os países europeus. As pessoas mais velhas enfrentam riscos específicos em relação à sua saúde mental. Assim, meios concretos para promover a saúde mental deste grupo etário devem estar disponíveis. Devem incluir:

Promover a participação social: possibilitar o envolvimento nas atividades sociais da comunidade é uma medida importante para apoiar a saúde mental das pessoas idosas. Proporcionar oportunidades de participação na tomada de decisão política, económica e cultural da comunidade e a aprendizagem ao longo da vida são meios que garantem a participação social.

Prevenir a solidão e o isolamento social: muitos idosos vivem sozinhos e podem sentir-se sós, especialmente se tiverem dificuldades em sair da sua casa. Portanto, programas que procuram ajudar a pessoa mais velha na sua vida quotidiana (numa filosofia *befriending*) devem ser organizados pela comunidade, num recurso aos meios

públicos, às instituições religiosas ou ao voluntariado. Diferentes tipos de clubes, centros recreativos e outras redes sociais podem evitar a solidão e o isolamento.

Proporcionar oportunidades para uma vida independente: os sentimentos de independência e autonomia são também importantes para as pessoas mais velhas. Estes podem ser reforçados, por exemplo, através do apoio à criação das chamadas soluções “*casas inteligentes*”, pelo fornecimento de equipamento para facilitar a comunicação e a mobilidade, e, ainda em muitos casos, proporcionando oportunidades de emprego na velhice e incentivando os trabalhadores mais velhos a permanecer no mercado de trabalho.

Proporcionar serviços sociais e de saúde adequados: a saúde mental e a saúde em geral estão fortemente interligadas, especialmente na idade mais avançada. Uma má saúde física é um claro factor de risco para problemas de saúde mental. Portanto, é importante estabelecer um sistema de cuidados sociais e de saúde para fornecer a todos os idosos serviços de saúde primários e de especialidade com elevada qualidade dos, incluindo um acesso fácil a serviços psiquiátricos, assim como todos os necessários serviços e benefícios sociais.

Combater o “*agismo*”: as atitudes negativas e depreciativas em relação à velhice, em geral, e às pessoas mais velhas, em particular, continuam a prevalecer na nossa sociedade. Há que assegurar que os direitos humanos são respeitados no que diz respeito às pessoas idosas. Nenhum tipo de discriminação deve ser tolerado. É importante que os idosos tenham a oportunidade de participar nos processos de decisão social, cultural, económico e político da sociedade.

Capítulo 2

Cidade(s) e saúde mental

“Todos os homens e mulheres de uma cidade são chamados a converterem-se em cidadãos activos, decididos, críticos e participativos na construção e no uso social e cultural da cidade”

Puig (1994)

1. A EPOPEIA URBANA

“This City is what it is because our citizens are what they are”.

Platão (428-478 a.C)

A cidade é o *maestro* na *orquestra* da sociedade. É a cidade que gere países, explora povos, lidera impérios, desenvolve conhecimentos, promove o bem-estar... A cidade é, e sempre será, a imagem de uma cultura, de quem habita nela ou de quem vive mutuamente ligado a ela; o centro de uma civilização. Não há cidade que, por mais oprimida, destruída ou reconstruída, reformada ou desenvolvida que seja, não mostre o carácter dos seus cidadãos: a sua mentalidade, o seu conhecimento, a sua cultura, a sua vivência em sociedade. A cidade é a marca do homem no seu melhor. Mas também pode ser espaço de manifestação ou de contestação social e política e ser espaço de desenvolvimento de desequilíbrios. São exemplos os recentes conflitos urbanos na região de Paris, ou mais recentemente e já enquadrado neste contexto de crise económica e política em que vivemos, de Londres, Madrid (movimento M15), Nova Iorque, ou até mesmo Lisboa, ou nas 911 cidades dos 82 países que se juntaram à *manifestação dos indignados*¹⁶, mas também o desenvolvimento de problemas de saúde com uma localização geográfica mais urbana (segundo a WHO [2010] a prevalência da tuberculose em Nova Iorque, que multiplica por quatro os valores observados nos Estados Unidos da América, é paradigmático dessa realidade).

A primeira cidade surgiu há milénios atrás, entre 10.000 A.C. e 6.000 a.C. (Benevolo, 2009; Aydon, 2010). Na verdade não podemos calcular este processo como algo imediato ou algo que durou simplesmente uma geração ou duas, ou até mesmo um milénio. Analisando a evolução das primeiras cidades, observamos que o processo de urbanização durou pelo menos 6.000 anos, pois a cidade como centro de um povo unido e espalhado além do horizonte surgiu pela primeira vez na mesopotâmia por volta de 4.000 a.C. Mas o processo que a humanidade passou desde o início do

¹⁶ Termo utilizado na comunicação social para denominar um movimento cívico que se manifestou a 15 de outubro de 2011 contra o poder dos mercados financeiros e um por um retorno à democracia como elemento de afirmação da *vontade do povo*.

paleolítico até ao surgimento da cidade como centro político, social e cultural, ou seja, até atingir a *glória* de que tem prestígio hoje em dia, foi uma dura prova que pôs o homem a utilizar a sua máxima capacidade cognitiva e de organização social. É nesta componente que Freudenberg, Klitzman & Saegert (2009) abordam a importância do espaço urbano na saúde das comunidades.

No passado remoto, o planeta era habitado por populações nómadas que migravam em longas jornadas em busca de alimento e estadia, à procura do que a natureza bruta lhes oferecia. Com um aumento da temperatura terrestre e um melhor clima, os espaços de caça e de recolha tornaram-se mais vastos, bem como o desenvolvimento de novas técnicas que suprissem as necessidades de sobrevivência da comunidade. Com abundância de alimento e de formas de os obter, os grupos nómadas começaram a ficar por largos períodos de tempo nas terras mais ricas. Com uma maior observação da natureza, o homem começou a tentar o cultivo de plantas, que após muitas tentativas falhadas, e de estudos passados de geração em geração, levaram ao conhecimento da agricultura. Também na pastorícia se deram os desenvolvimentos que permitiram às sociedades aumentar qualitativa e quantitativamente os recursos disponíveis. O homem conseguiu domesticar os animais selvagens e assim alimentá-los e mantê-los em cativeiro até poderem ser abatidos, sem necessitar de grandes processos para obter carne em abundância. Com o primeiro domínio da natureza, o homem pode agora viver no seu próprio local, sem precisar de destruir a sua habitação de canas ou madeira, ou até mesmo de peles, para partir rumo ao mundo hostil em busca de novo alimento para subsistir.

Cumprida esta longa caminhada, as primeiras cidades tomavam agora conta das terras ricas. Não eram mais do que aldeias constituídas por um pequeno aglomerado de casas, geralmente sem ruas, e um campo de cultivo pertencente à população, que o trabalhava em comunidade.

Foram as cidades que imprimiram a necessidade daquilo que hoje chamamos ciência, tecnologia e cultura: a olaria, a cestaria, a tecelagem, a manufactura de instrumentos agrícolas, a escultura religiosa, entre outros trabalhos oficinais, era de essencial importância, não esquecendo o desenvolvimento da cultura e da religião. Esta última tinha como essencial base a *Deusa-Mãe*, símbolo da natureza e da fertilidade, para que abençoasse as colheitas e os filhos dos aldeãos. Os sacerdotes eram essencialmente do sexo feminino, bem como a população dedicada à agricultura. O homem dedicava-se essencialmente à pastorícia, aos trabalhos oficinais e um pouco ao comércio, apesar de também ajudar no cultivo do campo. Cada cidade tinha a sua

própria cultura, as suas próprias divindades, e a sua própria hierarquização, mas todas seguiam uma linha cultural, artística e social semelhante. Das primeiras cidades do mundo, que se situavam no crescente fértil, destacam-se *Jarmo* (situada entre o rio Tigre e os montes *Zagros*), *Jericó* (25 km a norte da atual cidade com o mesmo nome) e *Çatal Höyük* (Nos montes *Tauros*, no sul da Anatólia, atual Turquia). Estas são consideradas as primeiras povoações urbanas do mundo (Benevolo, 2009).

Mas não foi só nesta região do globo que se presenciou uma revolução agrícola e uma consequente urbanização. O cultivo de plantas alimentares na china remonta a 7.000 a.C., e, segundo Benevolo (2009), historiadores afirmam que no Egito já se praticava a agricultura em 10.000 a.C. No vale do rio Indo foram encontradas pequenas povoações urbanas que remontam ao ano de 6.000 a.C. Estas aldeias praticavam uma agricultura em quase tudo semelhante à do crescente fértil. Este facto prova de que a interação entre centros urbanos é tão antiga como estes, e que a sociedade está em constante movimento levando a uma maior divulgação de culturas e técnicas que contribuem para a aproximação dos povos. Ainda assim, sabendo que o comércio entre estas duas civilizações (a civilização do Indo e a da Mesopotâmia) era constante e intenso, cada civilização tinha os seus traços culturais e sociais bem definidos.

Não esquecendo o resto do mundo, foquemo-nos no crescente fértil, onde, para Benevolo (2009), o mundo pré-clássico urbano melhor se estruturou. As aldeias começaram a aproximar-se dos vales dos rios Tigre e Eufrates (*Mesopotâmia*), pois o aquecimento da atmosfera causara desertificação nas zonas a sul destes rios, exceptuando a costa. Aqui havia solos mais abundantes e melhores vias de comunicação (essencialmente os rios). As trocas comerciais eram cada vez mais frequentes, bem como a troca de conhecimentos (quer através de interação comercial, quer através de conquista bélica), o que contribuiu para uma maior *especialização* da população. Um sacerdote era e seria sempre um sacerdote, pois os excedentes agrícolas chegavam para o alimentar. Um escriba (a escrita cuneiforme surge na *Mesopotâmia* algures entre 4.000 a.C. e 3.000 a.C.) seria sempre um escriba, pois havia pão em abundância. Um camponês trabalharia sempre no campo, pois tinha que haver alguém a produzir alimentos. Estava criada a organização social.

A sociedade estava altamente hierarquizada e o território começou a ser dividido em cidades-estado como *Ur*, *Lagache*, *Kish*, *Babilónia*, *Susos*, entre outras (Benevolo, 2009). Estas cidades eram governadas por sacerdotes, os representantes do deus local de cada povoação. O terreno dominado dividia-se em duas parcelas: a cidade (*propriamente dita*) e os campos circundantes. Na primeira está o centro do governo e

o essencial das habitações. É a zona de início da cidade, e, portanto, ainda vemos parcelas de terreno cultivado por entre os quarteirões de casas, à volta do palácio ou do *ziggurat*¹⁷, este último cada vez mais grandioso à medida que a cidade cresce. A cidade é protegida por muralhas e eventualmente por um fosso (a guerra estava presente nesta sociedade pois as suas disputas internas por riqueza eram incessantes e as cidades eram pólos atrativos para os *bárbaros*). Havia armazéns onde se guardavam os excedentes, que o governador detinha e decidia como os manejar (exportação, alimentação dos escribas, ou outras funções decididas para o funcionamento e manutenção da cidade). Na zona circundante e submetida à cidade quase não havia habitações. Os terrenos eram comuns à população citadina pois pertenciam aos deuses (não existia propriedade privada), e muitas vezes a área de cultivo era alargada por arroteamentos dos muitos pântanos que havia na zona, prova do elevado crescimento da população citadina (*Uruk*, por exemplo, cresceu de 50 mil habitantes para 200 mil em apenas duzentos anos) (Benevolo, 2009).

A par de sacerdotes, governadores e camponeses, as sociedades urbanas da *Mesopotâmia* eram dotadas de grandes arquitetos especializados, que construíam engenhosas obras como complexos sistemas de irrigação, muralhas altíssimas e os *ziggurates* que contrastavam em altura com a planície fluvial. Os escribas tomavam nota de todos os movimentos económicos da cidade, fossem eles o armazenamento de cereais ou uma grande expedição em busca de mármore. Também havia os artesãos, principalmente mulheres, que exerciam estes trabalhos de mais perícia. Podemos também encontrar escravos a cultivar os terrenos comuns fora da cidade.

Outras grandes cidades como, por exemplo, *Tebas* (Egito), *Mohenjo-Daro* (Paquistão), *Persepólís* (pérsia), *Pequim* (China), não ficam atrás destas cidades mesopotâmicas. Mas, se devemos atribuir o fenómeno da revolução urbana a algum povo, certamente seria ao povo *entre rios* (Benevolo, 2009). As suas cidades eram grandiosas e a sua engenharia extremamente avançada. A sua forte hierarquização marcou as primeiras cidades do mundo, e a sua abertura ao mundo exterior não só impulsionou um forte comércio como também levou os seus conhecimentos mais longe. É por isso que hoje chamamos à *Mesopotâmia* o *Berço da Civilização*.

Figura I.2.1: Evolução da sociedade desde o início do neolítico até à “Glória da cidade”

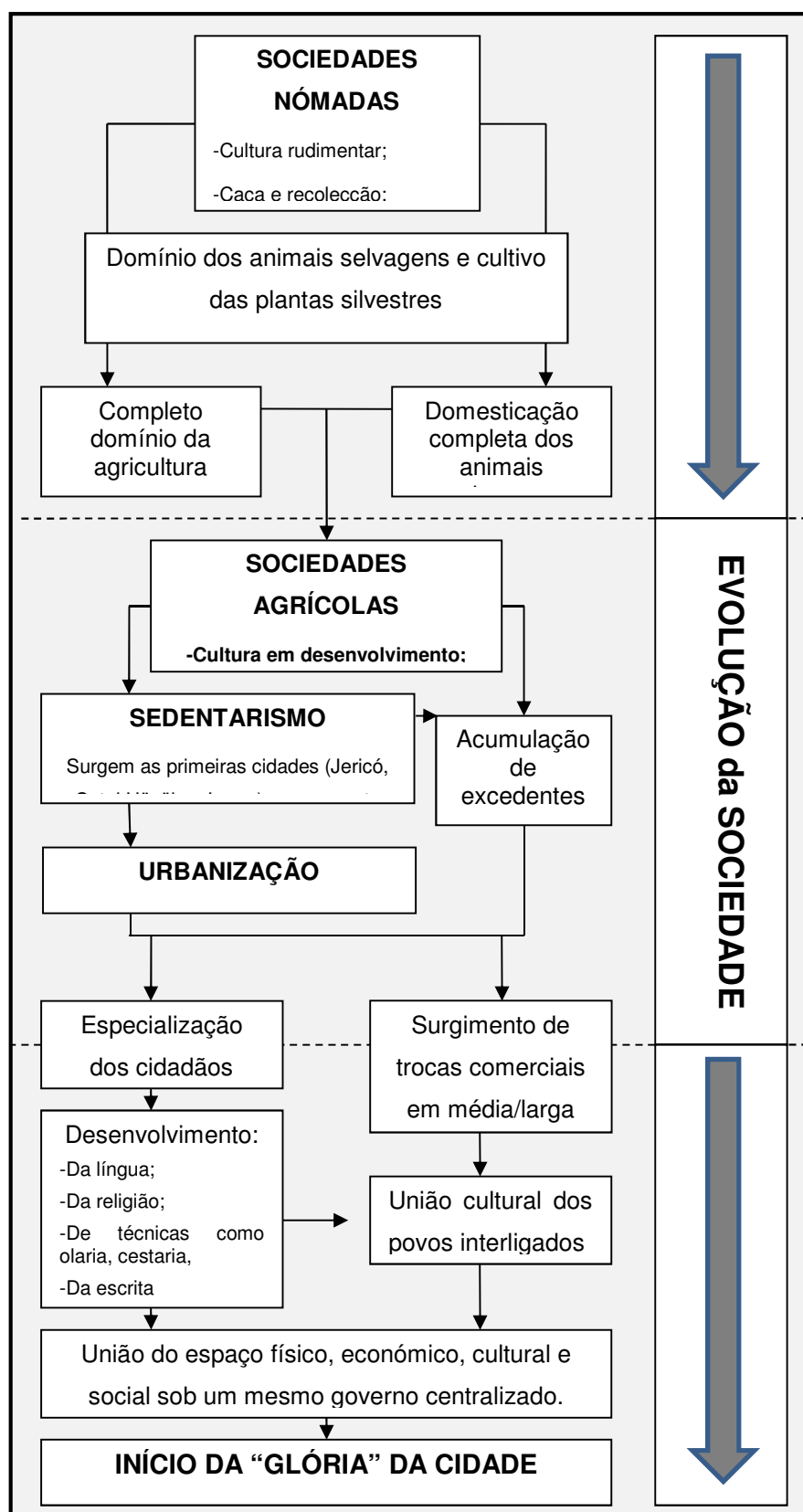
(página seguinte)

¹⁷ Templo

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 1: Cidade(s) e saúde mental



Fonte: Adaptado de benevolo (2009)

2. UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA CHAMADO URBANIZAÇÃO

"No threat has a more decisive impact on public health than the urbanization of human populations"

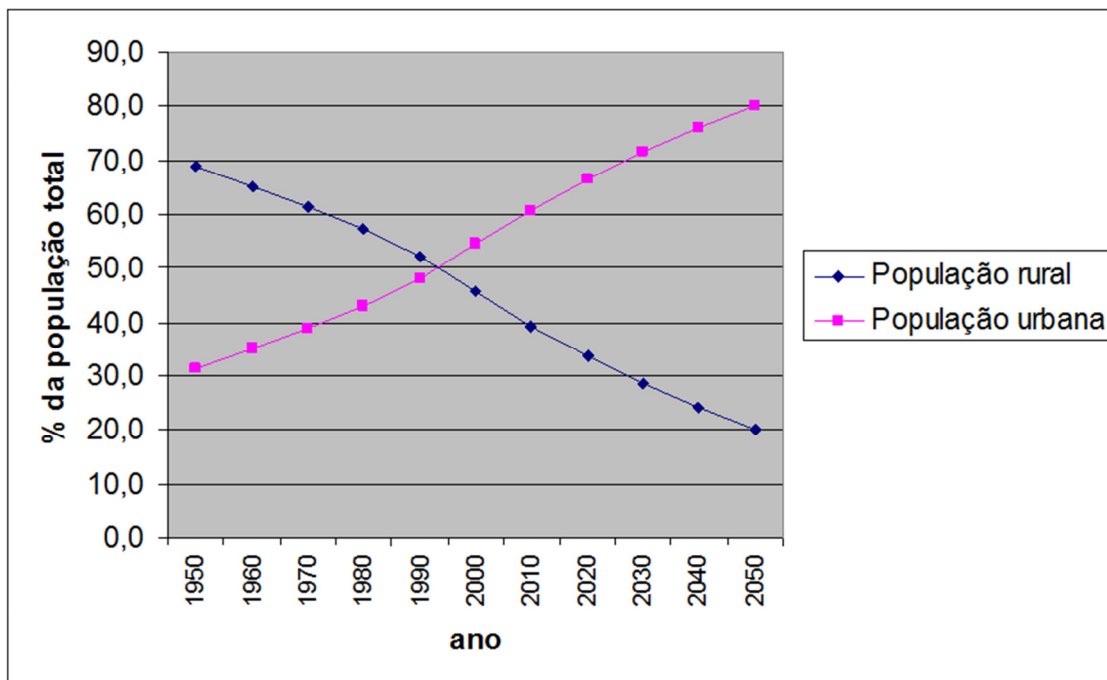
Freudenberg (2000)

Se é verdade que a cidade (e o fenómeno da urbanização em geral) constitui um importante meio de organização local nos contextos políticos, económicos, sociais e culturais, tal como a história nos refere, não deixa de ser também verdade que as mesmas características que proporcionam todo este desenvolvimento e bem-estar (na perspectiva de saúde da OMS) podem, em oposição, criar importantes focos de conflito e mal-estar. É nela que podemos encontrar os mais importantes determinantes de saúde das populações modernas: os contextos, sociais, económicos e culturais (Blane, Brunner & Wilkinson, 1996).

Segundo os dados disponibilizados pela Organização das Nações Unidas (United Nations, 2007), assistimos recentemente a uma importante transição social – mais de metade da população mundial reside em espaços urbanos (Gráfico I.2.1)

Esta tendência não é nova. Desde a revolução industrial que víamos esta meta a ficar cada vez mais próxima da realidade (Rollet, 2006; Benevolo, 2009). Em 1800 apenas 27,2 milhões de pessoas residiam em lugares com 5.000 ou mais habitantes em todo o mundo. Cem anos depois (1900) estes espaços urbanos concentravam já 218,7 milhões (7 vezes mais), e em 1950, 716,7 milhões (mais do que triplicou) (Salgueiro, 1999). As estimativas da ONU (United Nations, 2007) apontam para a existência de cerca de 3.500 milhões de pessoas a residir em espaços urbanos em 2010, ou seja, mais de metade da população mundial (que atingiu os sete mil milhões de habitantes em 2011), pelo que, vivemos inequivocamente num *mundo urbanizado* (Read, 2005), que se traduz, no que respeita ao mundo ocidental, numa *sociedade fundamentalmente urbana* (Fortuna, 2002).

Gráfico I.2.1. Evolução da população urbana vs população rural de 1950 a 2050



Fonte: Adaptado de United Nations (2007)

A OMS dedicou o dia mundial da saúde de 2010¹⁸ com o projeto *1000 cities, 1000 lives*, procurando alertar desta forma para o impacto da urbanização na saúde das comunidades a nível mundial. Esta opção foi justificada por 8 (oito) razões principais (WHO, 2010):

1. Mais da metade da população mundial vive em cidades (2010);
2. Em 2030, seis em cada 10 pessoas viverão em cidades, subindo esta relação para sete em cada 10 pessoas em 2050;
3. Entre 1995 e 2005, a população urbana dos países em desenvolvimento cresceu em média 1,2 milhões de pessoas por semana (165 000 pessoas por dia);
4. Um em cada três habitantes citadino vive em espaços urbanos sem condições (bairros de lata, *favelas*), o que corresponde a mil milhões de pessoas em todo o mundo;
5. Globalmente, os acidentes de viação são a nona causa de morte, e a maioria das mortes por acidentes de viação ocorrem em países de baixo e médio rendimento. Quase metade dos que morrem em acidentes de viação são peões, ciclistas e utilizadores de veículos motorizados de duas rodas;

¹⁸ Celebrado anualmente a 7 de Abril

6. A poluição do ar urbano mata cerca de 1,2 milhões de pessoas, todos os anos, em todo o mundo, devido principalmente a doenças cardiovasculares e respiratórias. A maior parte da poluição atmosférica urbana é causada por veículos a motor, embora a poluição industrial, a geração de eletricidade e, pelo menos nos países desenvolvidos, a queima de combustíveis domésticos são também grandes contribuintes para a poluição atmosférica;

7. A incidência de tuberculose (TB) é muito maior nas grandes cidades. Em Nova Iorque, a incidência de TB é superior quatro vezes à média nacional. Na República Democrática do Congo, 83% das pessoas com TB vivem em cidades;

8. Os ambientes urbanos tendem a desencorajar a atividade física e a promover o consumo de alimentos pouco saudáveis. A participação em atividade física é dificultada por uma série de fatores urbanos, incluindo a densidade populacional, o elevado tráfego automóvel, o uso de veículos motorizados de transporte pesados, a má qualidade do ar e a falta de espaços públicos e de recreação / instalações desportivas seguros.

É na consequência destas preocupações, que a OMS (WHO, 2010) propõe 5 (cinco) medidas para intervenção nos espaços urbanos: 1) promover o planeamento urbano promotor de comportamentos saudáveis e de segurança; 2) Melhorar as condições de vida urbana, incluindo o acesso à habitação adequada e a saneamento para todos; 3) envolver as comunidades na tomada de decisão a nível local; 4) Assegurar que as cidades são acessíveis e amigas dos idosos; e 5) tornar as áreas urbanas resistentes a emergências e a situações de catástrofe.

O que de mais interessante realça destas medidas é a reconhecida importância atribuída à participação ativa dos habitantes do espaço urbano na transformação da sua cidade num espaço que seja, *per si*, promotor de saúde. Para cumprir este desiderato no espaço português é necessário olharmos para a forma como os séculos organizaram os nossos espaços urbanos, e de que forma cada cidadão urbano vive a sua cidade.

3. CIDADES E ORGANIZAÇÃO TERRITORIAL EM PORTUGAL

“Qualquer território, num dado momento, é a expressão das marcas humanas herdadas ao longo da História, sobrepostas às suas características físicas”

Raquel Soeiro de Brito - Geógrafa

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, as atividades humanas desenvolvem-se sobre o território procurando adaptá-lo às suas necessidades, de que resulta uma determinada organização espacial do mesmo. Por sua vez esta organização influencia e condiciona as decisões que determinam o desenvolvimento das atividades humanas, nomeadamente no que respeita a alocação dos recursos e dos investimentos, e consequentemente os resultados que daí se possam obter em termos de qualidade de vida e de bem-estar (Portugal, 2009). Numa perspetiva de saúde pública é necessário entender a organização das cidades e do território, nas suas diferentes vertentes (geográfica, histórica, demográfica e política) de forma a fundamentar as propostas em promoção da saúde.

Em 2011 existiam 159 povoações com o estatuto de cidade em Portugal (ANEXO I). As dimensões e características de cada uma destas cidades, bem como a sua história e estrutura de desenvolvimento variam muito. A forma como o território português se tem organizado tem influenciado os diferentes modelos de desenvolvimento local e regional, incluindo também a forma como os diferentes espaços urbanos se têm consolidado nas mais variadas componentes da vivência em sociedade. Nem sempre as cidades têm à sua disponibilidade os meios e os recursos para responderem às necessidades das comunidades que a compõem. A partilha de soluções entre diferentes espaços urbanos contíguos (caso das Áreas Metropolitanas [AM] e das Comunidades Intermunicipais [CIM]) ou com problemas e objetivos partilhados (caso das *redes de cidades* – educadoras, saudáveis, entre outras) tem permitido uma resposta mais efetiva, porque mais próxima e mais participada, às necessidades de saúde das populações.

Apesar desta evidência, a regionalização em Portugal tem sofrido muitos avanços e recuos. As recentes tentativas do final do século XX para relançar a discussão viram frustradas os seus propósitos. Independentemente da evolução das diferentes formas de organização territorial, Portugal continua a ser um país centralizado, com exceção das regiões autónomas dos Açores e da Madeira. Várias zonas urbanas têm servido de centro de desenvolvimento económico e social e de polo de atracção de populações. Ainda assim, a capacidade de tomada de decisão a nível regional e local, fundamental para as estratégias de promoção da saúde mental, ainda se encontra muito limitada pela centralização das decisões políticas, ou pela não sobreposição das diferentes divisões administrativas existentes em Portugal.

Recordamos que a saúde mental é promovida com base nas características de uma determinada comunidade (EC, 2005; Lehtinen, 2008). As estratégias de base nacional – onde podemos destacar o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - são importantes elementos de uniformização mas que não podem pôr em causa uma adequação à cultura, estruturas e necessidades de saúde existentes a nível local e/ou regional.

A compreensão do desenvolvimento de um espaço urbano responde a um conjunto vasto de observações que enquadram, entre outros, a compreensão do seu espaço (nas suas múltiplas dimensões), e o seu enquadramento na história – e das repercussões que esse enquadramento reflete na forma como a cidade se organiza (Glaeser & Ponsetto, 2011). Portugal tem uma história de mais de 800 anos em que sua organização territorial sofreu uma pressão dinâmica no seu desenvolvimento ao longo do tempo e do espaço, um dos motivos porque a abordagem da saúde urbana é útil para a saúde pública (Freudenberg, Klitzman & Saegert, 2009). Importa pois, perceber o dinamismo da organização territorial portuguesa e dos seus espaços urbanos, com os seus avanços e recuos e com os desafios que coloca para a construção de cidades e regiões mais saudáveis mentalmente.

3.1.BREVE HISTÓRIA DO PODER REGIONAL E LOCAL EM PORTUGAL

A partir do século XV e até ao século XIX, Portugal (continental) esteve dividido em 6 grandes divisões tradicionais (as *comarcas*). No século XIX passaram a ser conhecidas por *províncias*. O Algarve manteve o título honorífico de *reino* ainda que, formalmente fosse administrado como uma província igual às restantes.

Até ao século XVII, as *comarcas/províncias* correspondiam a uma *correição*¹⁹. A partir do século XVII, as *correições/comarcas* passaram a ser subdivisões das províncias, passando estas a ser simples divisões estatísticas e militares, à frente das quais estava um comandante militar territorial, com o título de *governador das armas*. Com limites, que foram sofrendo algumas alterações ao longo dos tempos, existiram, quase sempre as seguintes divisões: *Entre-Douro-e-Minho* (ocasionalmente referida apenas por "Minho"), *Trás-os-Montes, Beira, Estremadura, Alentejo* (anteriormente conhecida por *Entre-Tejo-e-Guadiana*) e *Algarve*.

Em meados do século XVIII, o território circundante do Porto foi destacado de *Entre-Douro-e-Minho* e da *Beira*, dando origem ao *Partido do Porto*, divisão militar, sob comando de um governador das armas privativo. Os territórios do Partido do Porto continuaram a fazer parte das respectivas províncias, para todos os efeitos, com exceção dos assuntos militares.

Só em 1832, o Governo Liberal, em exílio nos Açores, decretou uma nova reorganização administrativa do país. O país foi dividido em *províncias*, subdivididas em *comarcas* e, estas, em *concelhos*. Esta divisão abrangeu todo o território nacional, ou seja, não só o continente, mas também os arquipélagos da Madeira e dos Açores, e, até, os territórios ultramarinos. A reforma só foi efetivamente aplicada em todo o território nacional, depois da vitória liberal na Guerra Civil de 1834. Um ano depois, em 1835, esta divisão foi substituída pela divisão em *distritos*. Apesar da divisão principal do país ter passado a ser o distrito, as províncias de 1832 foram mantidas, sem órgãos próprios, apenas como agrupamentos de distritos para fins estatísticos e de referência regional. Esta situação manteve-se até ao final do século XX.

As dez (10) Províncias de 1832, no continente e nos arquipélagos da Madeira e dos Açores, eram: *Minho, Trás-os-Montes, Douro, Beira Alta, Beira Baixa, Estremadura, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira*.

Em 1833 a Província dos Açores foi dividida em duas: a *Província Ocidental* e a *Província Oriental*. Três anos mais tarde, em 1836, na sequência da criação do distrito da Horta, a Província Ocidental dos Açores, foi subdividida na *nova Província Ocidental* e na *Província Central*. Nos territórios ultramarinos, foram criadas as províncias de Cabo Verde e Guiné, de Angola, da Índia, de Moçambique, de São Tomé e Príncipe e de Macau e Timor, que, pela organização de 1832, tinham uma administração igual às da Metrópole.

¹⁹ Área de jurisdição de um corregedor, magistrado administrativo e judicial, que representava o Rei

O *estado novo* adoptou, desde o seu início, uma política de regionalização do país. Essa regionalização foi prevista na Constituição de 1933, através da divisão de Portugal Continental em autarquias regionais que seriam denominadas *províncias*.

As províncias acabaram por ser criadas em 1936. A divisão provincial adoptada baseou-se nos estudos do geógrafo Amorim Girão (Teles, 2000), publicados entre 1927 e 1930, que dividiam o continente de Portugal em 13 *regiões naturais*. Acabaram por ser criadas apenas 11 províncias, correspondendo, cada uma, às regiões naturais de Amorim Girão, com duas exceções: as regiões naturais de *Trás-os-Montes* e do *Alto Douro* e as regiões naturais da *Beira Alta* e da *Beira Transmontana* foram reunidas, respectivamente, na Província de *Trás-os-Montes e Alto Douro* e da Província da *Beira Alta*. Paralelamente à divisão em províncias manteve-se a divisão em distritos, cujos limites não coincidiam com os daquelas. Um problema de organização do território que ainda hoje encontramos presente no território continental de Portugal.

Em 1959, as funções de autarquias regionais passaram para os distritos, sendo extintas as juntas de província e criadas as juntas distritais. As províncias, no entanto, mantiveram-se como divisões históricas e geográficas, sendo formalmente extintas com a Constituição de 1976. Apesar desta extinção, mantiveram-se, nos manuais escolares, sendo ainda a divisão regional de referência da maioria dos portugueses. As onze (11) províncias de 1936 eram as seguintes: *Minho, Trás-os-Montes e Alto Douro, Douro Litoral, Beira Litoral, Beira Alta, Beira Baixa, Ribatejo, Estremadura, Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Algarve*.

Com a Constituição Portuguesa de 1976 os arquipélagos dos Açores e da Madeira passaram a organizar-se em regiões autónomas, possuindo autonomia político-administrativa e estando dotadas de órgãos de governo próprio e de um Estatuto de Autonomia. As regiões autónomas dos Açores e da Madeira foram ambas criadas em 1978, o que provocou a abolição dos distritos na área abrangida pelas duas regiões.

As regiões autónomas possuem um órgão legislativo unicameral – a *Assembleia Legislativa Regional* – e um órgão executivo – o *Governo Regional*, bem como um *Representante da República*, que representa a soberania da República. A Assembleia Legislativa Regional é eleita por sufrágio universal, direto e secreto pelos cidadãos de cada região autónoma, através de um sistema de representação proporcional. Os Deputados da Assembleia Legislativa são eleitos para mandatos de 4 anos.

O Representante da República tem somente funções representativas e fiscalizadoras, sendo nomeado pelo Presidente da República sob proposta do Primeiro-ministro.

A Constituição portuguesa de 1976 estabeleceu também que os municípios se agrupam em regiões autónomas (nos arquipélagos dos Açores e da Madeira) e em regiões administrativas (em Portugal continental). Por isso, a criação das regiões administrativas está prevista desde que a Constituição foi aprovada, ou seja, desde 1976, apesar da sua criação ter vindo a ser sucessivamente adiada pelos vários governos. O resultado do referendo sobre a regionalização, realizado em 1998, fez com que se mantivesse uma lacuna na estrutura administrativa do país, já que várias competências que na lei estão atribuídas a órgãos supramunicipais e que, por elas serem de âmbito regional, não estão confiadas nem ao Estado nem aos municípios, não podem ser exercidas pois as regiões administrativas não foram criadas. A não criação das regiões administrativas foi também responsável pela criação de outros organismos, como as áreas urbanas (AM e CIM) e as CCDR, com órgãos não eleitos (colocando em causa a representatividade democrática e a participação direta das suas comunidades) e cujas áreas de intervenção muitas vezes se sobrepõem, provocando assim uma duplicação de serviços e competências.

3.1.1. Os distritos

Os distritos foram criados em 1835. Antes de 1978, os arquipélagos dos Açores e da Madeira estavam também integrados na estrutura geral dos distritos portugueses embora com uma estrutura administrativa diferenciada, expressa no Estatuto dos Distritos Autónomos das Ilhas Adjacentes de 1947 (Decreto-Lei n.º 36453), que se traduzia na existência de juntas gerais com competências próprias. Havia três distritos autónomos nos Açores e um na Madeira: nos Açores — o *Distrito de Angra do Heroísmo*, o *Distrito da Horta* e o *Distrito de Ponta Delgada*, e na Madeira — o *Distrito do Funchal*.

A extinção dos distritos em Portugal continental está prevista na Constituição Portuguesa (Lei Constitucional nº 1/2005 de 12 de Agosto) que estabelece, no artigo 291.º que “*enquanto as regiões administrativas não estiverem concretamente instituídas, subsistirá a divisão distrital no espaço por elas não abrangido*” e na lei-quadro das regiões administrativas (Lei 56/91), que diz, no seu artigo 47.º, que “(...) *após a nomeação do governador civil regional serão extintos os governos civis*

sediados na área da respectiva região". Embora a sua extinção esteja atualmente em curso com a recente extinção dos governos civis, permanecem ainda como a mais relevante divisão de 1.º nível em Portugal continental, servindo de divisões para uma série de utilizações administrativas, que vão desde os círculos eleitorais aos campeonatos regionais de futebol.

A Constituição Portuguesa também estabelece que o distrito possui como órgãos uma assembleia deliberativa composta por representantes dos municípios e um governador civil, auxiliado por um conselho. Nenhum destes órgãos é eleito por sufrágio direto.

3.1.2. Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional

Segundo o Decreto-Lei 104/2003, artigo 1.º do Capítulo I, "(...) as CCDR [Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional] são serviços desconcentrados do Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente (MCOTA), dotados de autonomia administrativa e financeira, incumbidos de executar ao nível das respectivas áreas geográficas de atuação as políticas de ambiente, de ordenamento do território, de conservação da natureza e da biodiversidade, de utilização sustentável dos recursos naturais, de requalificação urbana, de planeamento estratégico regional e de apoio às autarquias locais e suas associações, tendo em vista o desenvolvimento regional integrado."

As CCDR são, segundo o Decreto-Lei 104/2003, serviços desconcentrados da Administração Central dotados de autonomia administrativa e financeira, incumbidos de executar medidas proveitosas para o desenvolvimento das respectivas regiões. As CCDR só existem no território de Portugal continental.

As CCDR propriamente ditas, só foram criadas em 2003, com a fusão entre as Comissões de Coordenação Regional (CCR) e as direções regionais do Ambiente e do Ordenamento do Território, organismos que também eram serviços desconcentrados do Estado. Contudo, antes de 2003, as CCR já funcionavam com funções semelhantes às das atuais CCDR. As CCR foram instituídas em 1979, na sequência das *regiões de planeamento* criadas, em 1969, durante o governo de Marcelo Caetano, com o objectivo de fazer uma distribuição regional equitativa do desenvolvimento a ser obtido pelo *III Plano de Fomento*. Inicialmente, as CCR tinham

apenas funções de coordenação da atividade dos municípios, mas viram as suas competências aumentarem bastante no final do século XX.

A estrutura organizativa das CCDR é bastante complexa, e compreende um Presidente da CCDR, um conselho administrativo, uma comissão de fiscalização e um conselho regional. Nenhum destes órgãos é eleito por sufrágio direto, sendo o Presidente da CCDR nomeado pelo Governo de Portugal por um período de 3 anos.

A área de atuação das CCDR não corresponde inteiramente à das unidades estatísticas NUTS II²⁰ no continente. Por motivos relacionados com a distribuição de fundos comunitários da União Europeia, a NUTS II de *Lisboa e Vale do Tejo* (que era constituída por 5 NUTS III), foi extinta e o seu território foi dividido por várias outras NUTS II: 1 NUTS III foi entregue ao Alentejo (*Lezíria do Tejo*), 2 foram entregues ao Centro (*Oeste e Médio Tejo*) e as restantes 2 (*Lisboa e Península de Setúbal*) passaram a formar a nova NUTS II de *Lisboa*.

Atualmente existem 5 Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR): *Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve*.

3.1.3. Regiões Administrativas: uma realidade futura?

A organização e o funcionamento das regiões administrativas estão definidos no Capítulo IV do Título VIII da Parte III da Constituição Portuguesa e na Lei 56/91 (Lei-quadro das regiões administrativas). Segundo o artigo 291.º, “*enquanto as regiões administrativas não estiverem concretamente instituídas, subsistirá a divisão distrital no espaço por elas não abrangido*” e segundo o artigo 47.º da Lei-quadro das Regiões Administrativas “*após a nomeação do governador civil regional serão extintos os governos civis sediados na área da respectiva região*”, pelo que a criação das regiões implica a abolição dos distritos. Também tem sido prevista a extinção das CCDR e das comunidades intermunicipais, já que se tornarão desnecessários com a regionalização baseada nas regiões administrativas.

A Lei 56/91 estabelece que uma região administrativa é uma “*pessoa colectiva territorial, dotada de autonomia política, administrativa e financeira, de órgãos representativos que visa a prossecução de interesses próprios das populações*

²⁰ Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatístico (Ver capítulo 3.2)

respectivas, como factor de coesão nacional". As regiões administrativas são consideradas autarquias locais, tais como os municípios e as freguesias, embora haja diferenças no funcionamento daquelas em relação às restantes autarquias locais. Segundo a Constituição, as regiões administrativas são uma autarquia local que só existe no território de Portugal continental. Na prática, pode-se considerar a região administrativa como uma divisão de 1º nível, tal como atualmente são as regiões autónomas, pois, tal como estas, a região administrativa é uma divisão administrativa de categoria superior aos municípios (supramunicipal) mas de categoria inferior ao país e, se estivesse instituída, seria a primeira subdivisão de Portugal (a par das regiões autónomas), logo a seguir ao próprio Estado central.

Segundo a Lei 56/91, as regiões administrativas possuem um órgão deliberativo (Assembleia Regional) e um órgão executivo (Junta Regional), bem como um Governador Civil Regional, que representa o Governo de Portugal na área da respectiva região. A Assembleia Regional é composta por representantes das assembleias municipais eleitos por sufrágio indireto (em número de 15 ou 20, consoante se trate de região com menos de 1,5 milhões de eleitores ou de 1,5 milhões e mais eleitores), e por membros eleitos por sufrágio universal, direto e secreto pelos cidadãos recenseados na área da respectiva região (em número de 31 ou 41, consoante se trate de região com menos de 1,5 milhões de eleitores ou de 1,5 milhões e mais eleitores). O Governador Civil Regional representa o Governo português e tem funções de fiscalizar e verificar o funcionamento da região administrativa. De um certo modo, pode-se dizer que o Governador Civil Regional das regiões administrativas é o equivalente ao Representante da República das regiões autónomas.

3.2. NOMENCLATURA DE UNIDADES TERRITORIAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS

As NUTS (Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos) não têm qualquer valor administrativo, embora usem como base para sua área o território das várias divisões administrativas.

A divisão de Portugal em NUTS, estabelecida em 1986, aproveitou, no Nível I, as três grandes divisões geográficas do país (Portugal Continental, arquipélago dos Açores e arquipélago da Madeira) e, no Nível II, as áreas de atuação das 5 comissões de

coordenação regional (CCR) e as 2 regiões autónomas. Já a divisão distrital existente foi ignorada pela divisão em NUTS. Subdividindo as áreas de atuação das CCR, foram criadas as unidades de Nível III (NUTS III), cada uma das quais, por sua vez, abrange vários concelhos. A divisão em NUTS tem vindo a tornar-se a principal divisão territorial de Portugal, sendo as suas unidades utilizadas para definir as áreas de atuação da maioria dos serviços desconcentrados do Estado.

Em Portugal há 3 NUTS I, subdivididas em 7 NUTS II, as quais, por sua vez, se subdividem em 30 NUTS III. Estas unidades, também, genericamente, conhecidas por *regiões* têm origem nas *regiões de planeamento* criadas, em 1969, com o objectivo de fazer uma distribuição regional equitativa do desenvolvimento a ser obtido pelo *III Plano de Fomento* (de que já aqui falámos).

As Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de Nível II (NUTS II) correspondem, em Portugal Continental, às áreas de atuação das comissões de coordenação e desenvolvimento regional, exceto a CCDR de Lisboa e Vale do Tejo, do Centro e do Alentejo²¹. Nas ilhas, as NUTS II coincidem com as NUTS I dos Açores e da Madeira e com as respectivas regiões autónomas: Norte, Centro, Lisboa (substituiu em 2002 a região de Lisboa e Vale do Tejo), Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira.

As regiões NUTS II subdividem-se em sub-regiões estatísticas (NUTS III) sem qualquer significado administrativo, cujo objectivo é o de servirem para agrupar municípios contíguos, com problemas e desafios semelhantes, e obter assim dados de conjunto destinados principalmente ao planeamento económico.

Na figura I.2.1. pode ser observada a divisão em NUTS II e III e o agrupamento para fins estatísticos dos 308 municípios de Portugal continental. A não sobreposição das áreas de atuação das CCDR com as NUTS II acarreta alguma confusão no desenvolvimento das políticas a nível regional dada a diferente influência de diferentes divisões administrativas no mesmo território. Utilizando os números disponíveis nos CENSOS 2001 (INE, 2001) pode-se observar uma significativa variação na dimensão geográfica e demográfica de cada uma das NUTS II e III. A maior NUTS II em termos populacionais é Lisboa, com cerca de 2.800.000 (dois milhões e oitocentos mil) habitantes, integrando esta a maior NUTS III (Grande Lisboa) com mais de 2 milhões de habitantes. A menor NUTS II em Portugal continental é o Algarve com cerca de 400.000 (quatrocentos mil) habitantes, mas que é coincidente com a NUTS III Algarve

²¹ Como já referido anteriormente

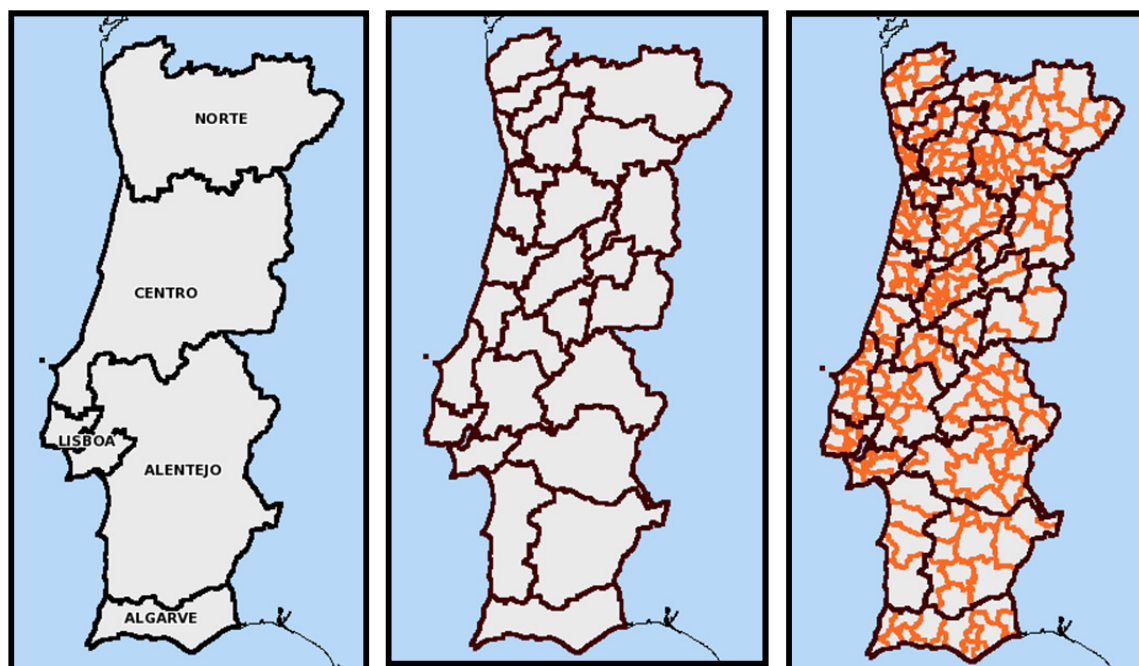
Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 1: Cidade(s) e saúde mental

e está associada às relações histórico-culturais da região. A menor NUTS III em termos populacionais é a Serra da Estrela com cerca de 50.000 (cinquenta mil) habitantes (Caixa I.2.1).

Figura I.2.2: Divisão de Portugal continental em NUTS II, NUTS III e municípios.



Fonte: Instituto Geográfico Português (2010)

Caixa I.2.1: NUTS I, II e III em Portugal, área e população em 2001 (continua na página seguinte)

NUTS I: Portugal Continental

NUTS II: Norte (8 NUTS III)

Alto Trás-os-Montes (15 municípios; 8171 km²; 223259 habitantes)

Ave (8 municípios; 1245 km²; 509969 habitantes)

Cávado (6 municípios; 1246 km²; 393064 habitantes)

Douro (19 municípios; 4110 km²; 221853 habitantes)

Entre Douro e Vouga (5 municípios; 861 km²; 276814 habitantes)

Grande Porto (11 municípios; 1024 km²; 1392189 habitantes)

Minho-Lima (10 municípios; 2219 km²; 250273 habitantes)

Tâmega (12 municípios; 2621 km²; 551301 habitantes)

NUTS II: Centro (12 NUTS III)

Baixo Mondego (10 municípios; 2063 km²; 340342 habitantes)

Baixo Vouga (11 municípios; 1802 km²; 385725 habitantes)

Beira Interior Norte (9 municípios; 4063 km²; 115326 habitantes)

Beira Interior Sul (4 municípios; 3749 km²; 78127 habitantes)

Cova da Beira (3 municípios; 1375 km²; 93580 habitantes)

Dão-Lafões (14 municípios; 3489 km²; 286315 habitantes)

Médio Tejo (10 municípios; 2306 km²; 226070 habitantes)

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 1: Cidade(s) e saúde mental

Oeste (12 municípios; 2221 km²; 338711 habitantes)
Pinhal Interior Norte (14 municípios; 2617 km²; 138543 habitantes)
Pinhal Interior Sul (5 municípios; 1903 km²; 44804 habitantes)
Pinhal Litoral (5 municípios; 1746 km²; 251014 habitantes)
Serra da Estrela (3 municípios; 868 km²; 49896 habitantes)

NUTS II: Lisboa (2 NUTS III)

Grande Lisboa (9 municípios; 1382 km²; 2025628 habitantes)
Península de Setúbal (9 municípios; 1581 km²; 782786 habitantes)

NUTS II: Alentejo (5 NUTS III)

Alentejo Central (14 municípios; 7228 km²; 173401 habitantes)
Alentejo Litoral (5 municípios; 5303 km²; 99976 habitantes)
Alto Alentejo (15 municípios; 6248 km²; 127025 habitantes)
Baixo Alentejo (13 municípios; 8545 km²; 135105 habitantes)
Lezíria do Tejo (11 municípios; 4273 km²; 240832 habitantes)

NUTS II: Algarve (1 NUTS III)

Algarve (16 municípios; 4995 km²; 395208 habitantes)

NUTS I (1 NUTS II, 1NUTS III): Região Autónoma dos Açores

NUTS I (1 NUTS II, 1NUTS III): Região Autónoma da Madeira

Fonte: Adaptado de INE, 2001

3.3. AS ÁREAS URBANAS: UMA REGIONALIZAÇÃO *BOTTOM-UP*?

As áreas urbanas, limitadas ao território de Portugal continental, foram criadas em 2003, num processo que ficou conhecido como a *Reforma Relvas*²². Inicialmente, as áreas urbanas eram classificadas em *Áreas Metropolitanas* e *Comunidades Intermunicipais*, sendo que as primeiras podiam ser ou *Grandes Áreas Metropolitanas* (GAM) ou *Comunidades Urbanas* (ComUrb).

Para os municípios se agruparem numa área urbana, esta só tinha que obedecer a certos critérios geográficos e, às vezes, também demográficos. Para a criação de uma Comunidade Intermunicipal, só era necessário que esta fosse contínua a nível territorial independentemente da sua composição demográfica. Já para a formação de uma área metropolitana era necessário obedecer também a critérios demográficos: numa *ComUrb* os critérios são a continuidade territorial e ter a população mínima de 150.000 habitantes; numa *GAM*, os critérios são a continuidade territorial e ter uma população mínima de 350.000 habitantes.

A simplicidade dos critérios propostos não só fez com que nascesse um mapa de áreas urbanas com contornos bastante estranhos, como também provocou o aparecimento de áreas metropolitanas em que a maioria dos seus municípios eram

²² Devido ao facto da sua criação ter sido planeada por Miguel Relvas (na altura Secretário de Estado da Administração Local do XV governo constitucional).

concelhos rurais. Com vista a resolver estes problemas, em 2008, o regime do associativismo municipal foi modificado pelas Leis 45/2008 e 46/2008. Nestas, somente Lisboa e Porto podem ter áreas metropolitanas. Os municípios que não pertençam a estas áreas, só se podem constituir em Comunidades Intermunicipais, as quais têm que ter, como base para a sua área, o território abrangido pelas unidades NUTS III.

Através destas alterações, passou a existir somente dois tipos de áreas urbanas, extinguindo-se as GAM e as ComUrb: as Áreas Metropolitanas – AM e as Comunidades Intermunicipais – CIM. Foram excluídas deste processo de organização territorial as regiões autónomas dos Açores e da Madeira.

De acordo com a Lei 46/2008, *“as áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto são pessoas colectivas de direito público e constituem uma forma específica de associação dos municípios abrangidos pelas unidades territoriais definidas com base nas NUTS III da Grande Lisboa e da Península de Setúbal, e do Grande Porto e de Entre Douro e Vouga, respectivamente”*. As áreas metropolitanas têm como órgãos a Assembleia Metropolitana e a Junta Metropolitana.

A assembleia é composta por 55 membros eleitos por sufrágio indireto pelas assembleias municipais de cada município integrante da área metropolitana. A Junta Metropolitana é constituída pelos presidentes da Câmara Municipal de cada concelho que integra a área metropolitana, os quais elegem um presidente e dois vice-presidentes. Nenhum destes órgãos é eleito diretamente.

As CIM são unidades territoriais definidas com base nas NUTS III e são instituídas em concreto com a aprovação dos estatutos pelas assembleias municipais da maioria absoluta dos municípios que as integrem. A adesão de municípios em momento posterior à criação das CIM não depende do consentimento dos restantes municípios.

A estrutura de funcionamento das comunidades intermunicipais é muito semelhante à das áreas metropolitanas. Deste modo, as Comunidades Intermunicipais são administradas por uma Assembleia Intermunicipal e por um Conselho Executivo. A Assembleia Intermunicipal é constituída por representantes de cada uma das assembleias municipais, enquanto o Conselho Executivo é constituído pelos presidentes das Câmaras Municipais dos vários municípios que integram a comunidade, os quais elegem, de entre si, um Presidente e dois vice-presidentes do conselho executivo. Tal como nas áreas metropolitanas, nenhum órgão das CIM é eleito por sufrágio direto.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 1: Cidade(s) e saúde mental

Na prática, embora ainda longe de uma escolha das linhas orientadoras das políticas de base subregional próxima da população, podemos afirmar que as áreas urbanas são a forma de gestão mais próxima de âmbito regional da população. Uma base a considerar no desenvolvimento de sinergias para a resposta às necessidades de saúde mental das comunidades.

Segundo a ANMP (2009) existem atualmente 2 áreas metropolitanas e 23 Comunidades Intermunicipais. Alguns territórios da divisão NUTS III optaram pela junção de esforços e criaram CIM com mais de uma NUTS III. É o caso da *Comurbeiras* que associa a *Beira Interior Norte* e a *Cova da Beira*. Considerando que a associação dos municípios é voluntária, algumas CIM ainda não abrangem todo o território NUTS III respectivo (Caixa I.2.2).

Caixa I.2.2: Listagem e composição das AM e CIM em Portugal continental (continua na página seguinte)

Áreas metropolitanas, em número de duas, integrando 4 NUTS III:

Área Metropolitana do Porto que integra 16 municípios (Arouca, Espinho, Feira, Gondomar, Maia, Matosinhos, Oliveira de Azeméis, Porto, Póvoa do Varzim, Santo Tirso, S. João da Madeira, Trofa, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde, Vila Nova de Gaia);

Área Metropolitana de Lisboa que integra 18 municípios (Alcochete, Almada, Amadora, Barreiro, Cascais, Lisboa, Loures, Mafra, Moita, Montijo, Odivelas, Oeiras, Palmela, Seixal, Sesimbra, Setúbal, Sintra, Vila Franca de Xira);

Comunidades Intermunicipais, em número de 23, integrando 24 NUTS III.

Comunidade Intermunicipal Minho Lima (Publicado em DR, em 12/11/2008) que integra 9 municípios (Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Vila Nova de Cerveira);

Comunidade Intermunicipal do Cávado (Publicado em DR, em 04/12/2008) que integra 5 municípios (Amares, Vila Verde, Terras de Bouro, Barcelos, Esposende);

Comunidade Intermunicipal do Douro que integra 7 municípios (Alijó, Mesão Frio, Murça, Peso da Régua, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião, Vila Real);

Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa (Publicado em DR, em 31/12/2008) que integra 12 municípios (Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães, Felgueiras, Lousada, Marco de Canavezes, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel, Resende)

Comunidade Intermunicipal de Trás-os-Montes (Publicado em DR, em 24/03/2009) que integra 15 municípios (Alfândega da Fé, Boticas, Bragança, Chaves, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Montalegre, Ribeira de Pena, Valpaços, Vila Flor, Vila Pouca de Aguiar, Vimioso, Vinhais)

Comunidade Intermunicipal do Ave que integra 8 municípios (Mondim de Basto, Cabeceiras de Basto, Vieira do Minho, Póvoa de Lanhoso, Fafe, Guimarães, Vizela, Vila Nova de Famalicão);

Comunidade Intermunicipal do Pinhal Interior Norte-CIMPIN (Publicado em DR, em 09/02/2009) que integra 14 municípios (Alvaiázere, Ansião, Arganil, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Miranda do Corvo, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela, Tábua, Vila Nova de Poiares);

Comunidade Intermunicipal Região de Aveiro/Baixo Vouga (Publicado em DR, em 16/10/2008) que integra 11 municípios (Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga, Vagos);

Comunidade Intermunicipal Pinhal Litoral – CIMPL (Publicado em DR, em 19/01/2009) que integra 5

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 1: Cidade(s) e saúde mental

municípios (Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal, Porto de Mós);

Comunidade Intermunicipal Dão Lafões (Publicado em DR, em 12/01/2008) que integra 14 municípios (Aguaiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, S. Pedro do Sul, Sátão, Santa Comba Dão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu, Vouzela);

Comunidade Intermunicipal Comurbeiras (Beira Interior Norte/Cova da Beira) (Publicado em DR, em 05/03/2009) que integra 12 municípios (Covilhã, Belmonte, Fundão, Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Guarda, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Trancoso);

Comunidade Intermunicipal da Beira Interior Sul que integra 4 municípios (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila Velha de Ródão);

Comunidade Intermunicipal do Pinhal Interior Sul (Publicado em DR, em 09/01/2009) que integra 5 municípios (Mação, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertão, Vila de Rei);

Comunidade Intermunicipal do Médio Tejo (Publicado em DR, em 02/12/2008) que integra 10 municípios (Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Ourém, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila Nova da Barquinha);

Comunidade Intermunicipal do Oeste – OESTECIM (Publicado em DR, em 4/12/2008) que integra 12 municípios Alcobaça, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Nazaré, Óbidos, Peniche, Sobral de Monte Agraço, Torres Vedras);

Comunidade Intermunicipal Baixo Mondego (Publicado em DR, em 3/12/2008) que integra 10 municípios (Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-Velho, Mortágua, Penacova, Soure);

Comunidade Intermunicipal da Serra da Estrela – CIMSE (Publicado em DR, em 21/01/2009) que integra 3 municípios (Gouveia, Seia, Fornos de Algodres);

Comunidade Intermunicipal Lezíria do Tejo (Publicado em DR, em 29/10/2008) que integra 11 municípios (Almeirim, Alpiarça, Azambuja, Benavente, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos, Santarém);

Comunidade Intermunicipal do Baixo Alentejo (Publicado em DR, em 02/12/2008) que integra 13 municípios (Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa, Vidigueira);

Comunidade Intermunicipal do Alentejo Litoral – CIMAL (Publicado em DR, em 21/05/2009) que integra 5 municípios (Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém, Sines);

Comunidade Intermunicipal do Alentejo Central (Publicado em DR, em 31/12/2008) que integra 13 municípios (Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa);

Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo (Publicado em DR, em 04/09/2009) que integra 15 municípios (Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre, Sousel);

Comunidade Intermunicipal do Algarve (Publicado em DR, em 19/12/2008) que integra 16 municípios (Albufeira, Alcoutim, Aljezur, Castro Marim, Faro, Lagoa, Lagos, Loulé, Monchique, Olhão, Portimão, S. Braz de Alportel, Silves, Tavira, Vila do Bispo, Vila Real de Santo António).

Fonte: Associação Nacional de Municípios Portugueses (2009)

3.6. OS MUNICÍPIOS E AS FREGUESIAS

A divisão administrativa mais consistente e estável do país é a municipal, também pelo sentimento de pertença que cada município faz ao *seu* concelho e da *sua* freguesia. Portugal está atualmente dividido em 308 municípios, que são tradicionalmente conhecidos como *concelhos*. Os municípios têm geralmente o nome da sua maior localidade onde se localizam, regra geral, a sede dos órgãos da administração do respectivo concelho.

Os municípios, classificados como autarquias locais, são administrados por um órgão deliberativo (*Assembleia Municipal*) e por um órgão executivo (*Câmara Municipal*), ambos eleitos pelos munícipes em sufrágio direto. A Assembleia Municipal é constituída pelos presidentes de todas as freguesias que integram o respectivo município e por membros diretamente eleitos cujo número tem que ser igual ao número de presidentes da Junta de Freguesia mais 1 e os restantes calculados conforme a população de cada município. Os membros da Assembleia Municipal são os Deputados Municipais e exercem mandatos de 4 anos. A Câmara Municipal é constituída pelo Presidente da Câmara Municipal e por vários vereadores, cujo número varia conforme a população de cada município. Este órgão é eleito proporcionalmente aos votos recebidos pelos partidos e grupos de cidadãos representados na Assembleia Municipal. A possibilidade de eleger cidadãos *independentes* das forças partidárias é uma especificidade das autarquias. Desta forma, o poder local pode participar mais ativamente na construção da sua comunidade. A influência de uma cidadania mais ativa na construção da saúde está bem documentada e constitui um dos elementos centrais de uma comunidade mentalmente saudável (Ozamiz *et al*, 2006; Sturgeon, 2007; Lehtinen, 2008).

A freguesia é a divisão administrativa mais pequena de Portugal, (correspondente à NUTS V) sendo uma subdivisão dos municípios. Todo o país está inteiramente dividido em freguesias, com exceção da Ilha do Corvo, cujo município homónimo (dada a sua dimensão demográfica) assume também as funções que no restante território nacional estão atribuídas às freguesias. Sendo, tal como os municípios, consideradas autarquias locais pode-se afirmar que freguesia funciona como um pequeno município, com funções análogas às daquele, mas em menor escala e com (muito) menos meios.

A divisão em freguesias surge na sequência da reforma administrativa de 1835 (as *paróquias civis*) que levou à absorção de muitos dos pequenos municípios então existentes, por outros maiores. Atualmente existem 4260 freguesias, distribuídas pelo Continente (4050), Região Autónoma dos Açores (156) e Região Autónoma da Madeira (54) (INE, 2009) as quais são administradas por um órgão deliberativo (*Assembleia de Freguesia*) e por um órgão executivo (*Junta de Freguesia*) eleitos por sufrágio direto. A Assembleia de Freguesia, cuja composição varia conforme a população da respectiva freguesia, é eleita por sufrágio universal, direto e secreto pelos cidadãos recenseados na área da respectiva freguesia. Os seus membros são eleitos para mandatos de 4 anos. A Junta de Freguesia é eleita pelos membros da

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 1: Cidade(s) e saúde mental

Assembleia de Freguesia, sendo que o Presidente da Junta é o primeiro candidato da lista mais votada nas eleições para a Assembleia de Freguesia.

Pela proximidade às populações existente nos municípios e nas freguesias, e pelo conhecimento profundo das características das suas comunidades, estas estruturas de organização territorial tornam-se bases de sustentação de intervenções em promoção da saúde.

4. CIDADES EM REDE

“Health and health equity in all local policies”

Zagreb Declaration for Healthy Cities (2009b)

A preocupação da administração urbana (em Portugal da responsabilidade primeira dos municípios (NUTS IV) e das freguesias (NUTS V)) com as infraestruturas, a construção de equipamentos e a disponibilização de serviços de base, tem vindo a dar lugar a uma gestão estratégica como resposta às novas necessidades das cidades, e dos que a constituem, complementada por uma melhor articulação entre espaços urbanos e desenvolvimento de uma *gestão relacional*²³ da cidade (Esteve, 2001).

Esta visão fez nascer um novo olhar sobre o espaço urbano, uma visão que assuma um papel catalisador de vontades, que gira redes e mobilize um novo relacionamento dos vários atores locais, políticos, económicos, sociais e culturais. Pretende-se criar as sinergias necessárias para os projetos e para a implementação de uma visão de futuro definida para o território, para as pessoas e para o pulsar da sociedade que estas fundamentam, e desenvolver mecanismos inovadores de participação pública utilizando as novas tecnologias da informação, e novas formas de vivência e participação social destinados ao reforço do *empowerment* individual e comunitário.

Hoje, o poder local em espaço urbano não se limita a construir e assegurar os equipamentos e os serviços que lhe competem legalmente, e passou a desempenhar competências que implicam uma perspectiva de gestão relacional em consonância com o conceito de *governança*²⁴ (Prats, 2001). Esta também se estende a uma dimensão externa, através do desenvolvimento de relações com outras cidades, à escala nacional e internacional, com quem se possam inserir num contexto de globalização estruturado em redes, que possibilite o partilhar de problemas, de experiências, projetos comuns e boas práticas.

²³ Governo em rede, também denominado *promotor* (Prats, 2001), *cooperador* ou *capacitador* (Innerarity, 2006).

²⁴ Forma de governar baseada no equilíbrio entre o Estado, a sociedade civil e o mercado, ao nível local, nacional e internacional

Como entidades mais complexas e diversificadas, a crescer e com especificidades que lhes são inerentes, as cidades não podem, em muitas situações, esperar por uma ação nacional que é, frequentemente, tardia, centralizada e incapaz, também pela sobreposição de divisões territoriais que dificultam uma intervenção efetiva a nível local e regional. Com mais recursos, mais conhecimento e menos dependentes da escala nacional, por via de um protagonismo político também crescente, as cidades assumem hoje um papel central e ativo perante os principais desafios da atualidade.

Da expansão da urbanização, às desigualdades nos ritmos em que esta ocorre à escala nacional e global, e aos desafios que daqui resultam para o espaço urbano, emergem várias questões em torno do crescente protagonismo das cidades na atualidade, e de como estas podem responder às necessidades de saúde das suas comunidades.

Nas últimas décadas, tem-se esbatido o papel dos governos nacionais, assistindo-se ao reforço do papel e a uma presença mais efetiva das organizações internacionais ou supranacionais na base das atuações políticas. São disso exemplos a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE), o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Organização Mundial de Comércio (OMC), ou ainda outras de cariz mais regional como a União Europeia (UE).

Por outro lado, como vimos anteriormente, a economia globalizada funciona muito em redes, estruturada por empresas multinacionais que também se organizam em rede, por vários pontos associados aos principais mercados financeiros mundiais, onde circulam todos os bens e se transacionam todos os capitais. A economia mundial assente no comércio, e centrada em portos e fábricas, deu lugar a uma economia de serviços especializados, concentrados em grandes companhias com representações nas principais aglomerações urbanas, onde se localizam os mercados financeiros mais significativos.

É nesta lógica de integração global que se inserem também as redes internacionais de cidades. Sobre estas, e observando a sua rápida expansão, os espaços subnacionais, e em particular as cidades, ao se interligarem para além das fronteiras nacionais, abrem espaço para uma nova geografia política internacional (Sassen, 2001), para uma nova tipologia de política externa.

Para além de permitirem a integração global referida, Pozo (1997) afirma que as redes internacionais de cidades:

I. Permitem que os seus membros integrem um sistema de relações superiores;

- II. Permitem o acesso a grandes volumes de informação;
- III. Consolidam-se como mecanismos de desenvolvimento de política externa;
- IV. Reforçam as funções de liderança e imagem;
- V. Contribuem para uma relativa estabilidade de atuações, num ambiente marcado pela mudança contínua.

No entanto, estas redes são também caracterizadas por algumas dificuldades e ambiguidades. Os contextos e as necessidades são diferentes de cidade para cidade, sobretudo se pensarmos em redes com membros com características muito díspares (dimensão, cultura, economia, centralização de poder[es]), algo que pode inviabilizar o trabalho de cooperação. Por outro lado, como nas redes da economia globalizada, os membros mais fortes e ativos tendem a retirar mais benefícios da rede, o que põe em causa as relações estabelecidas e, no limite, a própria existência da rede (Pozo, 1997).

Houve um primeiro momento e uma primeira tipologia de redes de cooperação, logo após a II^a Guerra Mundial, baseado no conceito de cidades geminadas (*sister cities ou twin cities* - o movimento de *cidades geminadas*²⁵) e surgido com o propósito de reforçar os laços entre países e evitar o regresso da guerra (European Twinning, 2011). Contudo, em particular a partir da década de 80 do século passado, assistimos ao proliferar de organizações e redes de cidades, de composição muito variável, generalistas ou subordinadas a diferentes temáticas específicas, de onde podemos destacar entre outras, o ambiente, a energia, a saúde, a alimentação ou a cultura.

Sobre os tipos de redes de cidades existentes, Salgueiro (1999) propõe uma diferenciação segundo: 1) a escala ou abrangência geográfica (*Globais* - de abrangência mundial, sem limites territoriais definidos – ou *Regionais* - restritas a uma região mundial, mas de dimensão supranacional); 2) os objetivos ou finalidades que estão na base da sua constituição (*Genéricos* - com múltiplos fins e vários campos de intervenção – ou *Específicos*: formados em torno de uma temática central a desenvolver); e 3) os níveis de participação (*Universais* - aberta à participação de qualquer cidade, sem restrições – ou *Exclusivas* - de acesso condicionado em referência a uma ou mais características).

²⁵ As gemações são o encontro de dois municípios que concordam em proclamar que se associam para agirem numa perspectiva europeia, confrontando os seus problemas e desenvolvendo entre eles laços de amizade cada vez mais estreitos.

Apesar da importância destes movimentos, os diferentes modelos de organização das cidades em rede centram a sua ação mais nos processos do que nos resultados (Baum, 1993; Stern & Green, 2005), mantendo uma importante fragilidade no que á promoção da saúde mental diz respeito: a falta de uma avaliação objectiva, rigorosa e continuada (longitudinal), usando indicadores comparáveis, do nível de saúde mental das populações envolvidas.

Pela sua importância no âmbito da promoção da saúde mental, interessa fazer uma curta viagem a duas redes de cidades: *A rede de cidades educadoras* e *a rede de cidades saudáveis*.

4.1. A CIDADE EDUCADORA

O conceito de cidade educadora surge em Barcelona, em torno dos trabalhos de preparação do Iº Congresso Internacional das Cidades Educadoras. Este conceito apresenta-se como “ (...) *significante de uma proposta integradora de educação formal, não formal e informal, gerada pela cidade, para todos os seus habitantes e reveladora de um compromisso político, público e ativo, que respeita às famílias e às escolas, mas também aos municípios, associações, indústrias culturais, empresas, instituições e entidades colectivas*” (Figueras, 2008).

Segundo a Secretária-geral da AICE, a própria mudança de adjetivo, de *cidades educativas*, segundo o relatório de Edgar Faure, para *cidades educadoras* “ (...) *não é apenas um pormenor (...), revelando a vontade de criação de um quadro conceptual abrangente de todas as potencialidades educadoras da cidade, que congregasse todas as abordagens, conteúdos, atividades ou programas educativos, dispersos pela cidade*” (Figueras, 2006).

Ou seja, qualquer cidade é *educativa*, por inerência das competências que tem de desempenhar em matéria de educação. Mas para se considerar *educadora*, a cidade deve assumir uma intencionalidade para lá dessas funções tradicionais e regulamentadas, colocando-se ao serviço da promoção e do desenvolvimento integral dos seus cidadãos.

Esta intencionalidade educadora é, de facto, o conceito base da cidade educadora, ao considerar um projeto educativo de cidade comum à escola e ao espaço urbano e atribuindo aos municípios a importante tarefa de coordenação local da ação social, cultural e educativa que se desenvolve na cidade (Machado, 2005).

Assim, subjacente ao princípio de cidade educadora, é central uma atuação do poder local que procure, através dos seus múltiplos recursos e possibilidades educadoras, transversal a todos os temas e sectores, implementar medidas que favoreçam as competências de formação, sociais e de cidadania dos cidadãos, com especial relevância para os jovens mas considerando também a relevância da aprendizagem ao longo da vida.

Para o efeito, desde a criação do movimento, assistiu-se a um alargamento das preocupações e propostas das cidades educadoras, para temas completamente fora do âmbito da educação e das preocupações com as gerações mais jovens. São exemplo as propostas nas áreas do urbanismo, planeamento, ambiente, ação social, saúde, cultura ou economia, entre outras que acompanham as preocupações e os desafios com que se confrontam os espaços urbanos (Figueras, 2008).

O contexto temporal é fundamental para explicar a génese do conceito de cidade educadora e duas premissas têm de ser consideradas: 1) a relevância das cidades e da vida urbana, com uma evidente preponderância dos espaços urbanos na regulação e estruturação de todas as dinâmicas territoriais atuais, e 2) a observação de que a escola e a família deixaram de ser os intervenientes exclusivos da educação, interagindo hoje, neste campo, inúmeras organizações e escalas de intervenção.

Na cidade educadora interagem muitos atores e agentes, sendo o sistema educador local constituído por três vectores fundamentais, que acrescem aos tradicionais e primeiros papéis formativos desempenhados por escola e família:

- I. A estrutura produtiva local, que reproduz e disponibiliza recursos privados para as ofertas culturais da cidade;
- II. O tecido associativo local, que alimenta um sistema relacional entre cidadãos e território, também com ofertas em atividades de carácter cultural e social nos mais variados domínios;
- III. A administração local, que tem assumido a planificação, coordenação e mobilização do funcionamento de todo este *sistema educador*.

Este contexto leva-nos, portanto, a colocar várias questões. Se é verdade que emergem todos os dias novas ofertas de educação na cidade, não é claro de quem seja a responsabilidade da sua regulação. E também não sabemos como é feita a ligação entre o que são as ofertas formais, ligadas às escolas e aos *currícula* nacionais, com as ofertas informais, disponibilizadas por um número crescente de organizações, públicas e privadas, a atuar nos tempos livres, no acompanhamento de

estudo, nas interrupções lectivas, nas universidades sénior, nas atividades desportivas, culturais ou científicas, que ocorrem fora dos espaços escolares.

Associadas a estas questões, levantam-se as preocupações com a eficácia e a coerência de todas as ofertas educadoras da cidade: quem definiu que esta é uma missão dos governos locais? A administração municipal é um parceiro do sistema educador local, ou é, afinal, o agente hegemónico de todo o processo (Machado, 2005)?

Segundo os relatos e documentos do Iº Congresso das Cidades Educadoras, estas foram as questões que se colocaram em Barcelona nos finais da década de 1980, e que os seus serviços julgaram pertinente debater por cidades de todo o mundo, que certamente se confrontariam com os mesmos dilemas (Figueras, 1991). A conclusão deste primeiro encontro, que juntou 63 cidades de 21 países e cerca de 600 participantes, atribuiu aos municípios e aos governos locais um papel determinante nesta tarefa de responder aos desafios e questões colocadas. Desde logo porque são estes que estão mais próximos dos cidadãos, que estão em melhores condições para conhecer as suas necessidades e assim propor e implementar as respostas mais adequadas (Cabezudo, 2004).

Vista assim, a cidade educadora surge como um novo paradigma, um desafio e uma proposta para a intervenção municipal, que não se limite a disponibilizar equipamentos e serviços, mas integrando-os numa lógica que maximize as potencialidades educadoras da cidade e favoreça a formação integral e contínua de todos os seus cidadãos.

Qualquer intervenção da cidade educadora deve assentar em três princípios basilares:

I. *Informação*, respeitante à comunicação necessária para que se verifique igualdade de oportunidades no acesso aos projetos e programas desenvolvidos na cidade;

II. *Participação*, ou seja, a promoção da coresponsabilização dos cidadãos nas opções que lhes são destinadas;

III. *Avaliação*, através da verificação e medição dos resultados ou eficácia das medidas concretizadas.

Outros dois conceitos inerentes à cidade educadora são a *interdisciplinaridade* e *transversalidade* que devem incorporar as suas propostas. Ao assumir que todas as políticas locais devem incluir uma componente educadora, a cidade obriga-se a trabalhar os seus projetos segundo novos modelos de gestão, incluindo uma

articulação entre diferentes abordagens temáticas, entre os diferentes serviços municipais e entre os diferentes atores locais.

Uma biblioteca, um centro de interpretação ambiental, uma exposição, um concerto, um debate, uma obra pública, podem, incorporados estes conceitos, constituir-se como intervenções educadoras da cidade. Isto acontece na mesma cidade onde coexistem elementos *deseducadores*: centros urbanos degradados, trânsito caótico, barreiras arquitectónicas, poluição, pobreza, criminalidade ou exclusão social. A *Carta das Cidades Educadoras* (Asociación Internacional De Ciudades Educadoras, 2004) assume isso mesmo no seu preâmbulo quando refere que “*hoje mais do que nunca, as cidades, grandes e pequenas, dispõem de inúmeras possibilidades educadoras, mas podem ser igualmente sujeitas a forças e inércias deseducadoras.*”

De facto, se por um lado as cidades devem reconhecer o valor educador das ações que são concretizadas, procurando intervenções informadas, participadas, avaliadas, interdisciplinares e transversais, que contribuam para a democraticidade e qualificação acrescida do espaço urbano, e para a sua afirmação como espaço de igualdade de oportunidades, é de considerar que o crescimento das cidades tem, muitas vezes, evidenciado algumas das disfuncionalidades referidas.

Por analogia de utilização do conceito de intervenções educadoras, estes são considerados elementos *deseducadores* na medida em que não só contrariam os princípios da cidade educadora, como se tornam eles próprios replicadores da degradação de alguns aspectos dos espaços urbanos e, em geral, da imagem das cidades na atualidade.

Tratar de todas estas problemáticas, procurando otimizar a intervenção municipal, imprimir uma intenção educadora nas ações concretizadas, e responder a um projeto educativo de cidade, que capacite os seus cidadãos e seja construído com a participação da comunidade, são os objectivos da cidade educadora, cujo movimento internacional se promove sob o lema “*cidades melhores, para um mundo melhor*”.

Por isso, a *Carta das Cidades Educadoras* (Asociación Internacional De Ciudades Educadoras, 2004) é composta por vinte princípios, divididos em três capítulos:

I. O direito a uma cidade educadora; que aborda os direitos na cidade educadora, das condições de igualdade e de liberdade dos cidadãos em usufruir das ofertas da cidade, da supressão de barreiras impeditivas desse usufruto, do diálogo entre gerações, da educação para a diversidade, da cooperação internacional e da promoção da paz. Refere os princípios que devem nortear a atuação municipal de uma

cidade educadora, salientando a necessidade de ter sempre em conta o impacto educador na tomada de decisão de qualquer uma das áreas de competências do município.

II. O compromisso da cidade; que aborda aspectos como a preservação das identidades, a valorização das trocas culturais, também à escala internacional, a necessidade de um crescimento harmonioso em função das necessidades e em diálogo com as anteriores estruturas construídas da cidade, o planeamento urbano e as repercussões no ambiente, o ordenamento e a sustentabilidade, as acessibilidades, a comunicação com os cidadãos, a provisão de equipamentos e serviços, a qualidade de vida e a reflexão permanente sobre as políticas e medidas implementadas.

III. Ao serviço integral das pessoas; que consolida alguns dos princípios apresentados anteriormente, salientando o posicionamento de cada habitante para o bem-estar colectivo e apresentando já algumas pistas de atuação para as cidades subscritoras. Entre elas, observa-se uma ampla abrangência de temas, incentivando-se ações como:

- Avaliar todo o tipo de ofertas da cidade;
- Promover a formação de todos os indivíduos, dos que julgam não ter qualquer papel educador, aos educadores formais e profissionais, aos pais e aos jovens;
- Oferecer as mesmas possibilidades de crescimento e desenvolvimento a todos os cidadãos;
- Atender e minimizar os mecanismos de exclusão e segregação que surgem em diferentes momentos e contextos;
- Acolher imigrantes e refugiados;
- Promover a coesão do espaço urbano;
- Coordenar as intervenções;
- Incentivar o associativismo como modelo de participação e coresponsabilidade social;
- Formar e informar sobre valores da cidadania democrática.

4.2. A CIDADE SAUDÁVEL

O projeto *Cidades Saudáveis* é um movimento global, tendo por base o conceito de *Saúde para Todos no Século XXI* da Organização Mundial de Saúde (OMS). Na sua

génese, convocam-se os governos locais no desenvolvimento da saúde através de um processo de compromisso político, mudança institucional, capacitação, planeamento baseado em parcerias e projetos inovadores em promoção da saúde. Cerca de 90 cidades são membros da Rede OMS de Cidades Saudáveis na Europa, e existem 30 redes nacionais de Cidades Saudáveis em toda a Região Europeia da OMS que envolvem mais de 1400 cidades e vilas como membros.

O principal objetivo da Rede OMS de Cidades Saudáveis no espaço europeu é colocar a saúde no topo da agenda política social e económica dos governos locais (no caso português, das autarquias). A saúde é vista como responsabilidade de todos os setores, e os governos locais situam-se numa posição de liderança única, com poder para proteger e promover a saúde e o bem-estar dos seus cidadãos.

A declaração de Zagreb (WHO, 2009b) reforça os princípios e os valores da rede de Cidades Saudáveis organizando-os em 5 eixos fundamentais (Caixa I.2.3).

Caixa I.2.3: Princípios e valores da rede das cidades saudáveis

Equidade: enfrentar as desigualdades em saúde, prestando atenção às necessidades das pessoas vulneráveis e socialmente desfavorecidas; São as desigualdades em saúde que causam causa doença injusta e evitável. O direito à saúde aplica-se a todos, independentemente de sexo, raça, crença religiosa, orientação sexual, idade, deficiência ou condições socioeconómicas.

Participação e capacitação: garantir o direito individual e coletivo das pessoas participarem na tomada de decisões que afetam sua saúde, cuidados de saúde e bem-estar, garantindo o acesso a oportunidades e desenvolvimento de competências em conjunto com um pensamento positivo que capacite os cidadãos a se tornarem auto-suficientes;

Trabalhar em parceria: a construção de parcerias estratégicas multisectoriais eficazes para implementar abordagens integradas e atingir uma melhoria sustentável em de saúde.

A solidariedade e amizade: trabalhar em espírito de paz, amizade e solidariedade, através de redes de trabalho e de respeito e valorização da diversidade social cultural das cidades do movimento Cidades Saudáveis.

Desenvolvimento sustentável: a necessidade de trabalhar para garantir um desenvolvimento económico e responder a todas as necessidades de infra-estrutura de apoio, incluindo o sistema de transporte como um instrumento ambiental e socialmente sustentável; satisfazer as necessidades dos presentes de forma a não comprometer a capacidade e as necessidades das gerações futuras.

Fonte: adaptado de World Health Organization (2009a)

Dito de outra forma, o movimento *Cidades Saudáveis* promove uma política global e sistemática de planeamento para a saúde e enfatiza (WHO, 2011) 1) a necessidade de combater a desigualdade na saúde e na pobreza urbana, 2) as necessidades de grupos vulneráveis, 3) uma governança participada, e 4) os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde.

Tal como o que tem vindo a ser sucessivamente referenciado, a rede Cidades saudáveis não envolve apenas o setor da saúde. Incorpora sim, na sua filosofia organizativa, um envolvimento de toda a comunidade nos esforços de desenvolvimento da saúde, incluindo os aspectos relacionados com a revitalização económica e urbana.

Em termos estruturais, no que diz respeito à Europa, o *Projeto Cidades Saudáveis* consubstancia-se na *Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS* e na *Rede das Redes Nacionais de Cidades Saudáveis*.

A Rede Europeia de Cidades Saudáveis é constituída por cidades de vários países da região europeia, nomeadas após um processo de candidatura que envolve a resposta a um conjunto de critérios de designação e de elegibilidade definidos pela OMS.

Esta Rede funciona por fases de cinco anos. Atualmente encontra-se na Vª Fase, iniciada em 2009 e com término em 2013. A ênfase da Vª Fase é dirigida para três áreas prioritárias de cação (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2011):

Investir em *ambientes promotores de apoio e cuidados*, que promovem a inclusão social e a literacia em saúde dos cidadãos, preocupando-se em dar resposta às suas necessidades e expectativas. Procuram ainda apoiar o desenvolvimento de serviços sociais e de saúde de resposta rápida, para além de políticas que dão ênfase à participação e empoderamento das suas crianças e idosos.

Promover uma *vida saudável*, através do aumento das condições e oportunidades que apoiam estilos de vida saudáveis, atuando sobre políticas promotoras de ambientes sem fumo e planos de prevenção do consumo de álcool e de drogas, o fortalecimento dos sistemas de saúde locais e as redes de parcerias na prevenção de doenças não transmissíveis, a promoção de atividade física e alimentação saudável, o desenvolvimento de espaços e ambientes saudáveis.

Promover *ambientes saudáveis e design urbano*, integrando considerações sobre a saúde nos processos, programas e projetos de planeamento urbano saudável, apoiando e promovendo a saúde, bem-estar, segurança e interação social, a mobilidade e acessibilidade de todos os cidadãos. Além disso, as implicações e o impacto para a saúde pública das alterações climáticas será factor prioritário.

A Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis (RPCS) integra a referida Rede das Redes Nacionais de Cidades Saudáveis desde Junho de 2001. A RPCS é uma Associação de Municípios (baseada nas realidades e nos contextos locais) que tem como missão apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do *Projeto Cidades Saudáveis*

nos municípios que pretendam assumir a promoção da saúde como uma prioridade da agenda dos decisores políticos (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2011).

Constituída formalmente em 10 de Outubro de 1997, esta rede de Municípios tem desenvolvido a sua intervenção tendo por base as seguintes linhas de orientação:

Apoiar e promover a definição de estratégias locais susceptíveis de favorecer a obtenção de ganhos em saúde;

Promover e intensificar a cooperação e a comunicação entre os Municípios que integram a Rede e entre as restantes Redes Nacionais participantes no Projeto Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS);

Divulgar o Projeto Cidades Saudáveis, estimulando e apoiando a adesão de novos Municípios.

A Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis tem, presentemente, 29 municípios membro: Amadora, Albufeira, Aveiro, Barreiro, Bragança, Cabeceiras de Basto, Figueira da Foz, Lagoa, Lisboa, Loures, Lourinhã, Miranda do Corvo, Montijo, Odivelas, Oeiras, Palmela, Ponta Delgada, Portimão, Porto Santo, Povoação, Ribeira Grande, Seixal, Setúbal, Serpa, Torres Vedras, Vendas Novas, Viana do Castelo, Vila Franca de Xira e Vila Real (Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, 2011).

5. CIDADES, REDES E GESTÃO RELACIONAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

“Where people live affects their health and chances of leading flourishing lives. Communities and neighbourhoods that ensure access to basic goods, that are socially cohesive, that are designed to promote good physical and psychological wellbeing, and that are protective of the natural environment are essential for health equity.”

World Health Organization (2008b)

Um político eleito com a vocação de liderar a construção de uma cidade mais saudável deve elaborar uma política que se fundamente naquilo a que Esteve (2009) denomina dos *7 pilares para a liderança política* (figura I.2.3):

Figura I.2.3: Os sete pilares para a liderança política



Fonte: Adaptado de Esteve (2009)

1) Criar uma visão social do município e seu futuro

Trata-se de dirigir, como representante do município, a elaboração e o desenvolvimento de uma estratégia partilhada entre todos os atores e setores da cidadania. O mais importante desta estratégia é a visão ou modelo de futuro que o município procura atingir. É fundamental para promoção da coesão social que esteja claramente refletida a dimensão social do modelo de cidade, uma vez que em muitas

ciudades existe somente um modelo urbanístico ou económico. Uma visão que, além de ser entendida e aceite pela grande maioria dos cidadãos, gere adesão e compromisso nos seus habitantes para a levar a cabo. Neste desiderato, é imprescindível uma elaboração participativa, que todos os setores sociais e cidadãos se sintam parte da mesma e, deste modo, possam orientar sua atuação na mesma direção. O fundamental é o compromisso do cidadão com a cidade, isto é, com os demais cidadãos.

2) Atrair e envolver todos os setores da cidadania

A elaboração de uma estratégia partilhada que seja promotora de saúde mental, isto é, que não exclua a presença das necessidades e dos desafios de nenhum grupo social, exige o desenvolvimento de ações positivas para conseguir que os grupos mais desfavorecidos socialmente estejam claramente representados na política de coesão social. É preciso estar sempre vigilante para que a participação não se restrinja aos setores mais organizados e com maior capacidade de intervenção cívica, sob pena de aumentar a exclusão social.

3) Gerar capital social

Trata-se de integrar as diferentes pessoas e grupos sociais no desenvolvimento de projetos comuns ou em redes. Para isto deve desenvolver-se toda uma programação para que os setores da cidadania possam reconhecer os seus interesses comuns ou complementares e se desfaçam as falsas percepções que uns têm sobre os outros, e promover as suas interações para que obtenham maior confiança mútua e possam chegar a compromissos de ações conjuntas ou complementares.

4) Mediar conflitos entre atores e setores da cidadania

O governo local deve atuar com focalização e técnicas de negociação relacional de conflitos, cuja finalidade seja fortalecer as relações entre as entidades que negociam, nos temas em que tenha sua competência esteja envolvida. Também deve ser facilitador e mediador de conflitos entre atores e entidades da cidade. A coesão social de um território depende de sua capacidade de enfrentar e resolver positivamente conflitos. Um município que progride não é aquele onde não existam conflitos, mas aquele que os enfrenta procurando novos cenários ou novas situações em que os diferentes interesses se possam complementar. Por isto, é importante dispor de espaços de mediação facilitadores do encontro de interesses legítimos entre os grupos, setores e entidades da cidade.

5) Conseguir vitórias rápidas e visualizar a realização de projetos

É importante, para promover a coesão, que a cidade experimente uma realização visível de projetos tangíveis para o bem-estar da comunidade. A partir de uma perspectiva de mobilização e participação nos assuntos coletivos, o mais importante não é tanto o projeto tangível que afeta um número reduzido de cidadãos, mas os efeitos intangíveis na consciência cívica do saber fazer e gerir com eficácia e respeito mútuo. Por isto, a realização de projetos deve enquadrar-se num processo de geração de cultura cívica e empreendedora da cidadania. Dar intencionalidade educativa a tudo o que se faça, para que a comunidade compreenda, confie e se envolva.

6) O desenvolvimento de uma comunicação efetiva

A comunicação deve basear-se na realidade dos projetos e de suas circunstâncias. A comunicação efetiva não tenta substituir a realidade, mas tomá-la como base para as mensagens e os significados que se deseja transmitir a partir de uma situação objetiva. A comunicação tem de apoiar-se numa informação clara, transparente, documentada e na qual se possa acreditar.

7) Envolver o conjunto do governo local na temática da coesão social

Este pilar não é o último por ordem de importância. Muito pelo contrário, pois, se a coesão social não for um objetivo assumido por toda o governo local, são criados obstáculos, dificilmente superáveis, para liderar os processos de coesão social por parte dos governos locais.

Cruzando estes conceitos com os aqui abordados no capítulo 1, percebemos a importância desta governança e gestão relacional (Esteve, 2009) nas estratégias de promoção da saúde mental numa base local e na construção de saúde mental.

Capítulo 3

Construir saúde mental: Um caminho possível

“European Union needs a consistent mental health policy”

Vappu Taipale (2009)

1. O PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL

“It is recognised that health promotion is an evolving field in Europe with a diverse and growing workforce drawn from a range of disciplines”

Dempsey, Battel-Kirk & Barry (2011)

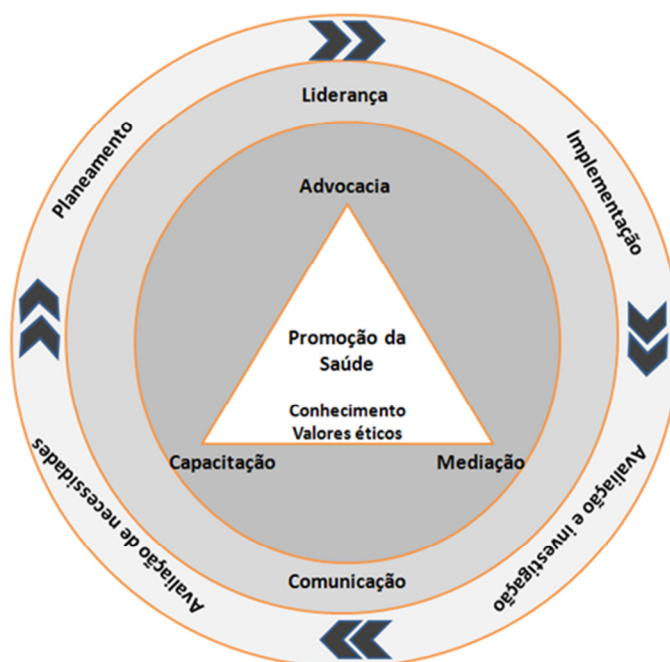
Como recorrentemente analisado até agora, o desafio de construir saúde, numa base regional e local, é um dos mais importantes elementos de sucesso para o desenvolvimento de uma comunidade. Mas, a promoção da saúde, até pela sua complexidade, é uma tarefa árdua que exige o envolvimento de toda a comunidade (WHO, 2001b; Lehtinen, 2008). Não deixa, no entanto, de ser necessário a existência de peritos *promotores de saúde mental* que dominem as competências necessárias para o sucesso das intervenções. Dempsey, Battel-Kirk & Barry (2011) desenvolveram recentemente um esforço de sistematização das competências do *promotor de saúde*. Nele enumeram um conjunto de valores fundamentais e princípios subjacentes ao quadro de competências em promoção da saúde.

Para estes autores, as competências em promoção da saúde são baseadas nos conceitos e nos princípios fundamentais da promoção da saúde lançados na Carta de Otava (WHO, 1986) e nas sucessivas cartas e declarações sobre a promoção da saúde da WHO (1988, 1991, 1997, 2000a, 2005a, 2009a). Para Dempsey, Battel-Kirk & Barry (2011), a saúde é conceptualizada como um recurso para a vida quotidiana, enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas. A promoção da saúde é vista não apenas como uma responsabilidade do setor saúde, mas também como a garantia do desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e de condições de vida dignas, que promovam o bem-estar. Para os mesmos autores, a promoção da saúde é um processo social e político abrangente que não abarca apenas a ação dirigida a fortalecer as capacidades e as competências dos indivíduos, mas também a ação dirigida à mudança das condições sociais, ambientais e económicas, de modo a aliviar o seu impacto na saúde pública e na saúde dos indivíduos. Dentro deste conjunto de competências, as atividades de promoção de saúde incluem os programas, as políticas e outras intervenções organizadas que sejam capacitadoras dos indivíduos e das comunidades, numa estratégia participativa, holística, intersetorial, equitativa e sustentável.

As competências do promotor de saúde são sustentadas por uma compreensão de que a promoção da saúde é uma atividade com princípios éticos capaz de ser eficaz, eficiente e efetiva e baseada na evidência, e pelo reconhecimento de que assenta em teorias bem desenvolvidas, estratégias e valores que coletivamente constituem um guia de boas práticas em promoção da saúde (Dempsey, Battel-Kirk & Barry; 2011).

A Promoção da saúde é guiada por um conjunto de valores fundamentais e princípios, incluindo: 1) um *modelo social e ecológico de saúde* que considere os aspetos culturais, económicos e os restantes determinantes sociais da saúde, 2) um *compromisso com a equidade*, a sociedade civil e a justiça social, 3) um respeito e uma sensibilidade em relação à *diversidade cultural*, 4) uma estratégia baseada no *desenvolvimento sustentável*, e 5) uma *abordagem participativa* que envolve a população na identificação das necessidades, na definição de prioridades e no planeamento, implementação e avaliação das intervenções em promoção da saúde.

Figura 1.3.1: As competências centrais em promoção da saúde



Fonte: Adaptado de Dempsey, Battel-Kirk & Barry (2011)

Um promotor de saúde é definido como uma pessoa que trabalha para promover a saúde e reduzir as desigualdades em saúde através da prática das diferentes ações definidas pela Carta de Otava (WHO, 1986). Acresce um olhar particular, no que ao

contexto de promoção da saúde mental em espaço urbano diz respeito, à reflexão efetuada por Barry & Jenkins (2007).

Apesar desta definição ampla reconhece-se que a combinação particular de conhecimento e das competências necessárias para garantir a qualidade prática em promoção da saúde precisam de uma formação específica, envolvendo, entre outras, áreas como a saúde pública, as ciências sociais (incluindo a psicologia e a sociologia), a epidemiologia, a educação, a comunicação, o meio ambiente, a comunidade, o desenvolvimento urbano ou rural e a ciência política (Dempsey, Battel-Kirk & Barry; 2011).

Independentemente da forma como a formação de um promotor de saúde é desenvolvida, é esperado que as competências sejam transversais a dez aspectos centrais do trabalho em promoção da saúde:

1. *Conhecimento*: demonstrar compreensão (e capacidade de aplicar na prática) a teoria, metodologias de investigação, valores e base de conhecimento multidisciplinar de promoção da saúde que está subjacente às competências.
2. *Permitir a mudança*: capacitar os indivíduos, as comunidades e as organizações para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades em saúde através da realização de uma variedade de ações de promoção da saúde.
3. *Advocacia*: advogar com (e em nome de) indivíduos, comunidades e organizações para melhorar a saúde e o bem-estar e aumentar a capacidade de realização de ações de promoção da saúde.
4. *Mediar através de parcerias*: mediar e trabalhar de forma colaborativa através das diferentes áreas do conhecimento, sectores e parceiros para melhorar a o impacto e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde.
5. *Comunicação*: comunicar de forma eficaz as ações de promoção da saúde através de métodos apropriados para diversas audiências.
6. *Liderança*: contribuir para o desenvolvimento de uma visão e direção estratégica compartilhada para a ação em promoção da saúde.
7. *Avaliação*: avaliar as necessidades e as disponibilidades em ambientes e sistemas que conduzam à identificação e análise da situação política, económica, social, cultural, ambiental, comportamental e determinantes biológicos que promovem ou comprometem a saúde.

8. Planeamento: desenvolver metas de saúde mensuráveis e objetivos ativos de promoção da saúde em resposta à avaliação das necessidades e identificar estratégias que baseadas no conhecimento derivado da teoria, evidência, e consulta partilhada com os parceiros.

9. Implementação: implementar estratégias de promoção da saúde eficazes e eficientes, culturalmente sensíveis, com valores éticos de forma a garantir as maiores melhorias possíveis na saúde, incluindo a gestão de recursos humanos e de recursos materiais.

10. Avaliação e Pesquisa: determinar o alcance, a eficácia e o impacto das ações de promoção da saúde. Isso inclui a utilização de uma avaliação adequada e de métodos de investigação para apoiar melhorias nos programas.

Falando de espaço urbano e promoção da saúde mental numa visão de saúde pública, estas competências devem ser colocadas ao serviço das comunidades (pessoas, organizações governamentais e não-governamentais) e no desenvolvimento de políticas de saúde mental, baseadas em indicadores estruturais de cada realidade e do contexto do espaço urbano onde se pretenda intervir.

2. INDICADORES ESTRUTURAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

“Structural indicators are directly observed phenomena which can be used as quantitative measures of any of the dimensions that are included in the concept of positive mental health”

Monitoring Positive Mental Health project (2007-2009)

A responsabilidade final na organização de serviços e outras atividades no campo da saúde mental pertence ao governo do país, da região, ou da comunidade local. Reconhecendo o conceito e os determinantes de saúde mental, cada país, região e comunidade local devem ter uma política de saúde mental abrangente em que os objectivos, as estratégias, as ações necessárias e os intervenientes responsáveis são indicados. Uma legislação de saúde mental específica é necessária para sublinhar o enquadramento fundamental em saúde mental, a nível nacional, regional e local, abrangendo 1) a organização dos serviços de saúde mental, 2) a prevenção da doença mental e a promoção da saúde mental, bem como 3) uma regulamentação que garanta os direitos humanos de pessoas vítimas de distúrbios mentais e de comportamento. Devem ser disponibilizados documentos publicados que descrevam a política e a estratégia em saúde mental, e os programas específicos de saúde mental devem fornecer orientações da forma como a política de saúde mental deve ser operacionalizada. O relatório do Gabinete Regional da OMS para a Europa, *"Policies and practices for mental health in Europe"* (WHO, 2008b), mostra que 38 dos 42 países da região europeia que participaram no estudo têm uma política nacional de saúde mental disponível. Todos os países participantes relataram ter legislação de saúde mental em vigor. No entanto, apenas 29 países declararam ter legislação específica na área da saúde mental, sendo que os restantes abordam os aspectos de saúde mental na legislação de saúde geral.

Em Portugal a semente para o desenvolvimento de uma política de saúde mental foi lançada em 1963 com a criação da primeira Lei de saúde mental (Lei n.º 2118) que criou os centros de saúde mental a nível distrital e os centros de saúde mental infantil e Juvenil em Coimbra, Lisboa e Porto. Apenas mais de duas décadas depois se

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 1: Construir saúde mental: um caminho possível

observou uma nova intervenção na área. Entre 1985 e 1989 foram criados os centros de saúde mental nas áreas metropolitanas e implementado um sistema nacional de informação em saúde mental. Em 1992 os serviços de saúde mental foram integrados nos hospitais gerais. Este processo foi um sério revés para o desenvolvimento de uma saúde mental comunitária (que se vinha fazendo desde 1963) dada a retirada de autonomia técnica e financeira dos serviços de saúde mental e uma certa *hospitalização* da intervenção em saúde mental. Esta situação procurou ser corrigida em 1994 pela nomeação de uma comissão para o estudo da saúde mental, que envolveu uma vasta participação de diferentes setores envolvidos na prestação de cuidados de saúde mental. Esta comissão organizou uma conferência de saúde mental nacional, em 1995, onde ficou definido o rascunho que veio a originar as bases da nova Lei de Saúde Mental (36/1998) e do Decreto-Lei 35/1999.

Caixa I.3.1: Principais marcos da evolução das políticas de saúde mental em Portugal (1998-2008)

1998/1999	Nova Lei de Saúde Mental : Definidos os princípios que regem a admissão involuntária, e os direitos das pessoas com transtornos mentais.
2006	Criação da nova Comissão Nacional para a Saúde Mental , criado pelo Ministério da Saúde, a fim de desenvolver uma nova política e plano de saúde mental. Solicitações da Comissão Nacional o apoio da OMS para realizar WHO-AIMS e avaliação da qualidade
2007	Política de Saúde Mental e do Plano nova política de saúde Mental e traça o contexto atual Plano nacional de saúde mental e estabelece os objetivos e ações planeadas para o período 2007-2012. Um dos principais desafios reside na capacidade de redistribuir os serviços dos hospitais psiquiátricos para a comunidade serviços baseados em saúde mental. Os principais objectivos da Política de Saúde Mental e do Plano Nacional de Saúde mental (2007-2016) são: 1) Assegurar a igualdade de acesso aos cuidados, 2) Promover e proteger os direitos humanos em pessoas com problemas de saúde mental, 3) Reduzir o impacto de problemas de saúde mental e promover a saúde mental positiva, 4) Promover a descentralização dos serviços de saúde mental permitindo a entrega comunidade de cuidado, 5) Promover a integração dos serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde a nível dos cuidados primários, hospitais gerais e da rede da comunidade.
2008	Criação de um órgão de coordenação nacional de Saúde Mental , com poderes para assegurar a implementação e monitorização da Política Nacional de Saúde Mental e do Plano Nacional de Saúde Mental.

Mas não basta ter legislação e orientações. É essencial que a implementação e o sucesso das políticas de saúde mental sejam regularmente avaliados e controlados utilizando os meios adequados. Isto exige um sistema de informação em saúde mental abrangente, incluindo indicadores de todos os aspectos relevantes para a saúde mental da população, e atividades em saúde mental desenvolvidas na sociedade, incluindo a promoção da saúde mental, a prevenção da doença mental e a prestação

de cuidados de saúde na área da saúde mental. O projeto de investigação, cofinanciado pela Comissão Europeia, denominado MINDFUL²⁶, publicou recentemente uma proposta para um sistema de informação em saúde mental compreensivo. Esta proposta inclui um conjunto relevante de indicadores de saúde mental a serem incluídos no Sistema de Vigilância de Saúde da Comunidade Europeia²⁷.

Neste desiderato, um *indicador de saúde* pode ser conceptualizado como uma ponte entre a política de saúde e o conhecimento científico (por exemplo, a epidemiologia). Devem ser fornecidas orientações adequadas para interpretar as tendências reveladas por estes indicadores. Além disso, é necessário um modelo conceptual de saúde para facilitar essa interpretação. Os indicadores dos cuidados de saúde refletem aspectos quer da saúde individual quer dos cuidados de saúde prestados à comunidade. Assim, os indicadores de saúde mental revelam problemas ou prioridades em relação à saúde mental numa população específica. Os indicadores podem resultar de uma colheita de dados regular ou de itens abordados em inquéritos de saúde, e são de maior utilidade se o procedimento for repetido regularmente. Para a sua interpretação é necessário um amplo entendimento dos conceitos *saúde*, *cuidados de saúde* e *comunidade*, e vários indicadores podem precisar de ser analisados em conjunto, já que vários e distintos aspetos de uma comunidade e do seu nível de saúde podem afectar a avaliação de um indicador.

Os indicadores de saúde podem ainda ser descritos como características ou aspectos dos indivíduos, das famílias, e dos serviços de saúde ou de outras atividades destinadas a promover a saúde, mas também como diferentes características sociais e ambientais da comunidade que estão relacionadas com o nível de saúde das pessoas. Estes últimos podem ser chamados de *indicadores estruturais* (Ozamiz *et al*, 2006). Um conjunto de indicadores estruturais de saúde mental positiva foi desenvolvido principalmente por um dos subprojectos MINDFUL, o *Monitoring Positive Mental Health 2004-2006* (MPMH) que forneceu a seguinte definição para o conceito: os indicadores estruturais de saúde mental positiva são fenómenos diretamente observados que podem ser utilizados como medidas quantitativas de qualquer uma das dimensões que estão incluídas no conceito de saúde mental positiva. Os indicadores podem estar relacionados com as diversas fases do ciclo de vida, com os diferentes contextos ambientais, com factores ecológicos, outras situações

²⁶ *Mental health information and determinants for the European level*

²⁷ *European Community Health Monitoring System*

específicas, ou, ainda, com dados estatísticos acerca do comportamento humano observável (Ozamiz *et al*, 2006). Um dos objectivos de outro projeto, o *Monitoring Mental Health Environments* (MMHE), foi aperfeiçoar esses indicadores estruturais e propor um método para a sua utilização na análise das políticas em saúde mental.

O desenvolvimento de uma política de saúde nacional, regional ou local exige uma profunda análise da realidade onde se procura a aplicação dessa mesma política. A análise das políticas de saúde tem sido definida como um processo de avaliação e seleção entre despesa e recursos alternativos que afectam o sistema de prestação de cuidados de saúde, o sistema de saúde pública ou o nível de saúde da população em geral. A análise das políticas de saúde inclui várias etapas: 1) a identificação e o enquadramento de um problema; 2) a identificação de quem é afectado; 3) a identificação e a comparação do potencial impacto de diferentes opções para lidar com o problema; 4) a escolha de uma das opções; 5) a execução da(s) opção(ões) escolhida(s); e, finalmente, para permitir o retorno à primeira etapa, 6) a avaliação do *impacte* da intervenção. O governo, os prestadores privados de cuidados de saúde, as associações profissionais, a indústria e as associações comerciais, os grupos de cidadãos e os consumidores são elementos importantes a envolver neste processo. A análise sistemática das políticas de saúde mental, utilizando metodologia científica, tem sido, até hoje, pouco desenvolvida e utilizada.

Comparando os resultados das políticas de promoção da saúde mental entre os diferentes países europeus que partilham parcialmente um quadro social comum, mas com diferentes culturas, diferente evolução histórica e diferentes situações económicas, poderá ser um método extremamente válido para fornecer evidência aos decisores. No entanto, isso exige a fixação clara de objectivos e a utilização de práticas baseadas na evidência, tendo em consideração que tipo de evidência é relevante para programas dirigidos a toda uma comunidade ou a toda uma população. O conjunto dos indicadores estruturais de saúde mental, apresentado pelo *projeto MMHE*, pode ajudar na construção de uma crescente base de dados, relevante para um determinado país, uma determinada região ou uma determinada comunidade nesta nobre e importante tarefa de promover a saúde mental.

Em continuidade, um método útil para comparar as políticas, é a construção de tipologias. A hipótese subjacente na construção de uma tipologia é que existe uma convergência natural nas políticas de saúde de vários países ou regiões, quando há semelhanças nos factores ambientais e um conhecimento partilhado entre todos. Dentro da União Europeia, são características comuns, por exemplo, o

envelhecimento da população, os avanços nas tecnologias de comunicação, e as crescentes expectativas e exigências do público. A identificação das tipologias é uma ferramenta útil na construção da clareza necessária aos complexos esforços para comparar países e regiões em diferentes períodos ao longo do tempo.

Se perguntarmos o que é mais relevante para o desenvolvimento do sector das políticas da saúde mental – o sector da saúde ou o sector da segurança social – isso restringe em muito as áreas de responsabilidade. Como sobejamente referido, todos os sectores da sociedade têm conexões com, ou influenciam, a saúde mental da população. Deste modo, a saúde mental da população é, em muitos aspectos, afetada pela forma como as políticas sociais, em geral, são organizadas e conduzidas. Como já considerado, para além dos setores da saúde e da segurança social, também a educação, o emprego, a habitação, o ambiente, a cultura e o desporto, a justiça e o sistema prisional, os meios de comunicação e a economia são de presença incontornável na definição e intervenção de uma política de promoção da saúde mental. Numa política de saúde mental abrangente as tarefas e responsabilidades de todos estes sectores devem ser considerados, e todos eles devem ser olhados como determinantes de saúde mental.

3. DETERMINANTES ESTRUTURAIS DE SAÚDE MENTAL

“A health indicator can be conceptualised as a bridge between health policy and scientific information”

MINDFUL (2007)

Já aqui abordámos a proposta como um dos resultados do projeto MPMH (*Monitoring positive mental health*) de um conjunto de 31 indicadores estruturais para a saúde mental positiva²⁸. Estes indicadores referem-se principalmente a determinantes relacionados com a sociedade, nomeadamente, sociais, económicos, e ambientais, bem como alguns determinantes de saúde mental relacionados com a idade e com os ambientes (aquilo que os autores definiram como *settings*). Os indicadores foram selecionados de mais de 130 determinantes iniciais, por um painel de peritos de 100 pessoas, aplicando o chamado *método Delphi*. A fim de ser prático sentiu-se a necessidade de reduzir o número de indicadores. Os indicadores considerados mais relevantes, pelos membros do painel, foram selecionados. Os indicadores foram finalmente agrupados em oito domínios (Ozamiz *et al*, 2006):

- Quadro de referência nacional de saúde mental (com 3 indicadores);
- Experiências pré-escolares e apoio familiar na prestação de cuidados na primeira infância (com 3 indicadores);
- Promoção da saúde mental nas escolas e no sistema educativo (com 3 indicadores);
- Emprego e saúde mental no local de trabalho (com 8 indicadores);
- Capital social: comunidades mentalmente saudáveis (com 9 indicadores);
- Ambiente físico (com 2 indicadores);
- Lazer (com 1 indicador);
- Saúde mental nos idosos (com 5 indicadores).

²⁸ Embora o termo *saúde mental positiva* possa configurar um pleonismo, já que a saúde mental é positiva por definição, a expressão é aqui utilizada na linha dos termos utilizados na língua inglesa que distingue *negative mental health* (doença) da *positive mental health* (saúde).

Este capítulo usa o mesmo agrupamento em oito domínios na sua divisão em subcapítulos, embora não se apresentem necessariamente na mesma ordem, e divide-os em duas categorias maior: *factores sociais e ambientais*, e *factores relacionados com a idade e os ambientes*²⁹ (Lehtinen, 2008). Para cada domínio a evidência científica disponível sobre a relação entre saúde mental e os factores determinantes, assim como os indicadores propostos pelo *projeto MMHE* são apresentados.

3.1. FACTORES SOCIAIS E AMBIENTAIS

Como afirmado anteriormente, a saúde mental pode ser comparada a um recurso natural renovável. Esta metáfora ajuda na tentativa de compreensão da relação entre a saúde mental e os fenómenos e as estruturas sociais. O indivíduo desenvolve uma forte vinculação, com o estabelecimento de inúmeros laços com a comunidade onde vive. Assim, a comunidade pode, em muitos aspectos explorar os recursos de saúde mental dos indivíduos para além das suas capacidades naturais de renovação, por exemplo, em situações de circunstâncias desfavoráveis, de condições inadequadas ou de discriminação.

Por outro lado, a comunidade pode fornecer suporte, segurança, estímulos e oportunidades ao indivíduo e, desta forma, reforçar o desenvolvimento e a renovação dos seus recursos de saúde mental. Assim, a saúde mental da população é em muitos aspectos afectada pela forma como as políticas da saúde e as políticas sociais em geral são conduzidas. Os decisores políticos a nível nacional, regional e local são cruciais nesta tarefa.

3.1.1. Política de saúde mental compreensiva

Para Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen (2000) Uma política de saúde mental compreensiva deve cobrir vários componentes. Assim, o quadro de referência nacional, regional ou local engloba:

- A legislação de saúde mental abrangendo as estratégias globais de saúde mental no local de trabalho, a prestação de serviços relevantes, e a proteção

²⁹ Como foi referido, na literatura inglesa é utilizado o termo *Settings*.

dos direitos humanos das pessoas com distúrbios mentais e de comportamento;

- O desenvolvimento de políticas gerais na sociedade de modo a que esta seja favorável para as pessoas com distúrbios mentais e de comportamento;
- O estabelecimento de sistemas de avaliação do impacte na saúde mental antes de qualquer grande decisão na área das políticas sociais, como parte integrante da avaliação do impacte na saúde em geral, no planeamento social e na tomada de decisão;
- Promoção da saúde mental em todos os ambientes relevantes, abrangendo todas as fases do ciclo vital;
- Prevenção dos distúrbios mentais e de comportamento através da redução dos factores de risco;
- Promoção da saúde e do funcionamento social das pessoas com distúrbios mentais e de comportamento;
- Prestação de serviços de saúde mental adequados para a detecção precoce, tratamento e reabilitação das pessoas com distúrbios mentais e de comportamento;
- Redução da mortalidade prematura das pessoas com distúrbios mentais e de comportamento, incluindo a prevenção de suicídios;
- Redução do estigma e das atitudes negativas em relação aos distúrbios mentais e de comportamento;
- Proteção dos direitos humanos e da dignidade de todos os cidadãos, especialmente das pessoas com distúrbios mentais e de comportamento;
- Financiamento das intervenções necessárias.

Uma forma importante de apoio à estratégia em saúde mental é avaliar o *impacte* na saúde mental (AIS) das diversas intervenções e políticas sociais antes da tomada de decisão final e da sua execução. Como foi afirmado, as políticas públicas desempenham um papel vital na moldagem do ambiente social e físico numa forma que conduza a uma melhor saúde. A saúde mental das pessoas é fortemente determinada pela sua vida e pelas condições de trabalho, pela qualidade das características físicas e socioeconómicas do ambiente onde vivem e da qualidade e acessibilidade dos serviços públicos. Assim, a avaliação do *impacte* na saúde mental, integrada na avaliação do *impacte* na saúde em geral deve ser um componente intrínseco da legislação nacional, regional e/ou local das estratégia em saúde mental.

A sua tarefa é a de prever e avaliar os efeitos das diferentes propostas políticas, programas e/ou projetos sobre a saúde mental bem como apoiar os decisores políticos na melhoria dos processos de tomada de decisão. A avaliação do *impacte* em saúde informa os decisores sobre a forma como eles podem fazer ótimas decisões entre um leque de diferentes opções políticas, e melhora a qualidade do investimento de fundos públicos. A AIS 1) oferece uma oportunidade para evitar eventuais efeitos negativos na saúde e para maximizar os efeitos positivos das propostas para a saúde, 2) oferece informação sobre os efeitos de uma proposta na distribuição de saúde numa população, proporcionando assim uma oportunidade para reduzir a desigualdade em saúde entre os diferentes grupos sociais, 3) possibilita que as opiniões e as percepções da população sejam conhecidas pelos decisores, 4) reforça as parcerias entre administração central, administração local, outras organizações sociais e a própria comunidade (WHO, 2005b).

Alguns pré-requisitos específicos são necessários para o desenvolvimento e materialização das políticas de saúde mental na prática. Estes podem ser chamados de *infraestruturas de suporte necessárias* que, de acordo com a OMS (WHO, 2005b) são as seguintes:

1. Monitorização da saúde mental:

Um sistema de informação relevante para a saúde mental deve ser estabelecido a nível nacional e / ou regional. O sistema necessita de ser baseado em conceitos, dados e métodos de recolha comuns (partilhados), propostos, por exemplo, pelo *projeto MINDFUL*, e que deve ser integrado no sistema de vigilância de saúde em geral. O sistema de informação deve abranger a morbilidade psiquiátrica, a saúde mental positiva e dados sobre o sistema de saúde. O sistema deve igualmente abordar os meios de recolha, análise e distribuição da informação. Um sistema de vigilância da saúde mental abrangente fornecerá aos decisores as informações relevantes sobre o nível de saúde mental da população, o funcionamento e a qualidade dos serviços, bem como os resultados das diferentes ações realizadas. Isto contribui para a atribuição dos recursos disponíveis na melhor relação custo-eficácia possível.

2. Investigação e desenvolvimento:

Uma política de saúde mental deve estabelecer uma estratégia sustentável de investigação e desenvolvimento para apoiar o desenvolvimento das políticas e a implementação de programas. A avaliação de programas, a epidemiologia, a investigação em serviços de saúde mental e a economia da saúde mental são

contributos particularmente importantes para as políticas e o planeamento em saúde porque melhoram a evidência científica e possibilitam novas e melhores oportunidades de intervenção. Este tipo de atividade é especialmente importante no desenvolvimento de serviços de saúde mental baseados na evidência.

3. Recursos humanos:

Do mesmo modo, existe a necessidade de uma estratégia em recursos humanos que possibilitem a implementação das políticas, incluindo a promoção da saúde mental, a prevenção da doença mental e a prestação de cuidados em saúde mental. É necessário haver um plano sustentável para o recrutamento, a formação e a oferta de educação contínua para todos os grupos profissionais relevantes na área da saúde (incluindo as áreas de prevenção primária e secundária), o sector social e as escolas, os locais de trabalho e outros ambientes. O trabalho em saúde mental é fundamentalmente baseado em relações humanas. Deste modo, comparado a muitos outros sectores de prestação de cuidados de saúde, a saúde mental é particularmente dependente do empenhamento e das competências do pessoal prestador de cuidados.

4. Envolvimento das ONG, utilizadores dos serviços e dos cuidadores:

Cidadãos, pessoas com distúrbios mentais e de comportamento, suas famílias e cuidadores são os clientes dos serviços de saúde mental. O seu efetivo envolvimento pode melhorar significativamente o planeamento e a prestação de serviços por conseguirem, desta forma, identificar as falhas e os problemas e comentar sobre o que está a funcionar bem, assim como proporcionar oportunidades para atividades de autoajuda. Um suporte nacional às ONG's em saúde mental é uma medida de elevada relação custo-eficácia para promover o progresso.

3.1.2. Capital social: comunidades mentalmente saudáveis

A relação entre a estrutura da sociedade e do bem-estar psicológico da população tem sido descrita por investigadores desde o final do século XIX. Um dos primeiros pioneiros foi *Émile Durkheim* quem criou a teoria sobre a anomia e o suicídio em 1890 (Durkheim, 2001). Mais tarde, na década de 1930, *R. Faris* e *W. Dunham* (cit in Lehtinen, 2008) argumentaram, com base nos seus estudos em Chicago, que o nível de desorganização da comunidade era um factor que poderia explicar as diferenças na incidência e na prevalência dos distúrbios mentais e de comportamento. A

desintegração da comunidade foi caracterizada por uma elevada percentagem de pessoas sós, de divórcios, de crianças abandonadas, de falta de apoio social, de violência e de criminalidade, de problemas com álcool ou drogas e de anomia. Mais tarde, A. Leighton e colaboradores (*cit in* Lehtinen, 2008) demonstram, na sua obra pioneira na Nova Escócia na década de 1960, que o trabalho baseado na comunidade para melhorar a integração social teve um impacto positivo sobre a saúde mental da população. Desde então, várias intervenções comunitárias foram desenvolvidas e avaliadas (*vide* capítulo 1).

A saúde mental da população está fortemente relacionada com as características da comunidade em que as pessoas vivem. Factores sociais, políticos, ambientais e económicos, todos são importantes determinantes da saúde mental. As pessoas não podem atingir o seu pleno potencial, a menos que sejam capazes de assumir o controlo dos aspectos que determinam o seu bem-estar. Segundo o Ontario Healthy Communities Coalition (2008) o processo para uma comunidade saudável envolve: 1) uma ampla participação da comunidade; 2) um amplo envolvimento de todos os sectores da comunidade; 3) o compromisso do governo local; e 4) a criação de políticas públicas saudáveis. Numa comunidade saudável todos os sectores estão interrelacionados, compartilham os seus conhecimentos e experiência e trabalham em conjunto. Além disso, a sociedade civil no geral e os cidadãos em particular participam neste processo para uma comunidade saudável. Uma comunidade saudável cria e melhora continuamente os ambientes físicos e sociais e expande os recursos da comunidade que permitem às pessoas apoiar-se mutuamente no exercício de todas as funções da sua vida e no desenvolvimento do seu máximo potencial. As qualidades de uma comunidade saudável incluem 1) um ambiente físico limpo e seguro; 2) paz, equidade e justiça social; 3) acesso adequado a alimentos, água, habitação, rendimento, segurança, trabalho e lazer para todos; 4) acesso adequado aos serviços de saúde; 5) oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências; 6) redes fortes que apoiem relações de suporte mútuo; 7) locais de trabalho favoráveis ao bem-estar individual e familiar; 8) ampla participação dos moradores no processo de tomada de decisão; 9) património cultural e espiritual local forte; 10) economia vital e diversificada; 11) proteção do ambiente natural; e 11) utilização responsável dos recursos para assegurar a sustentabilidade a longo prazo (Ontario Healthy Communities Coalition, 2008).

Uma importante estratégia de promoção e proteção da saúde mental e prevenção dos distúrbios mentais e de comportamento tem sido o desenvolvimento do *suporte social*

através do reforço de redes de coesão social. O suporte social é geralmente definido como a disponibilidade de pessoas nas quais o indivíduo confia e que o fazem sentir-se cuidado e valorizado enquanto pessoa (Lehtinen, 2008). Muitos estudos epidemiológicos têm revelado a relação transversal entre o suporte social e o nível de saúde mental. No estudo longitudinal sueco de *Lundby*³⁰, em que a mesma população foi seguida durante 50 anos, demonstrou-se que um forte suporte social está significativamente relacionado com a saúde mental positiva e a menor incidência de transtornos mentais nos anos seguintes. Um baixo nível de suporte social tem-se mostrado um importante factor de risco especialmente para a depressão.

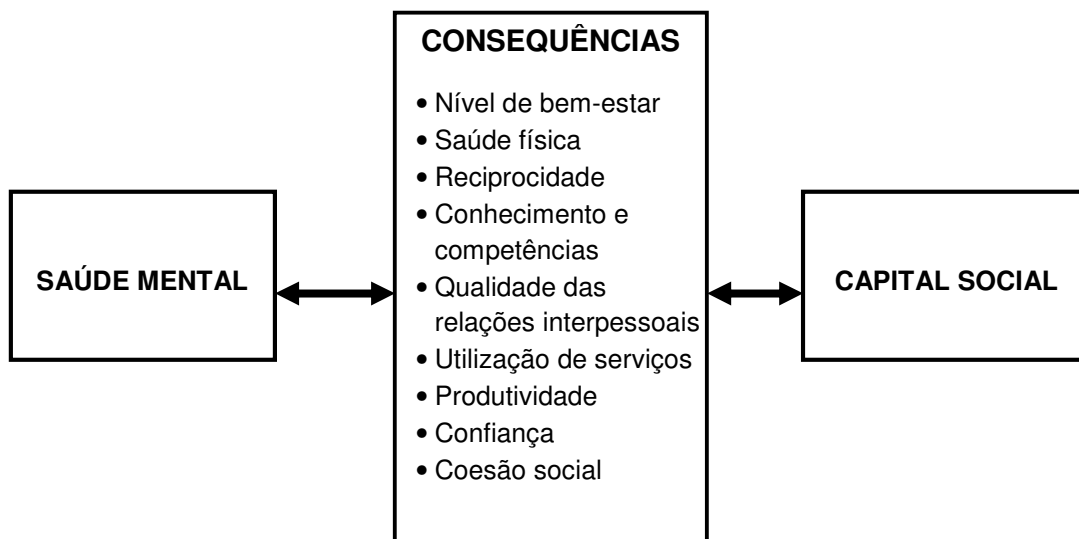
As características de uma comunidade saudável que também é mentalmente saudável aproximam-se do conceito de *capital social*. Este conceito refere-se a características da vida social, tais como instituições, redes sociais positivas, cooperação entre os diferentes atores sociais e decisores locais, confiança nas instituições, e também, normas e reciprocidade social que moldam a qualidade e a quantidade das interações sociais e facilitam a ação e a coordenação colectiva, num contexto de benefício mútuo. Para Putnam (1993) o capital social engloba: 1) redes comunitárias, de voluntariado, do estado, redes e densidade pessoais; 2) participação cívica, participação e utilização de redes cívicas; 3) identidade cívica local – sentimento de pertença, solidariedade e igualdade com os membros da comunidade local; 4) reciprocidade e normas de cooperação, um sentimento de obrigação para ajudar os outros e a confiança na ajuda dos outros quando precisa; e 5) confiança na comunidade. Vários estudos têm identificado uma relação positiva entre o capital social e a saúde mental, bem como outros resultados relacionados, tais como menor isolamento social, melhor segurança social, menores níveis de criminalidade, a melhoria dos níveis de escolaridade e da educação, e melhores resultados no trabalho. Por exemplo, num estudo utilizando os dados do *British Household Survey* da Universidade de Manchester no Reino Unido (University of Manchester *et al*, 2006) ficou demonstrado que as pessoas pertencentes ao grupo mais baixo do capital social apresentavam quase duas vezes mais probabilidades de ter um distúrbio mental e de comportamento do que as do grupo mais elevado

A participação social contribui para a nossa saúde mental, mas o inverso também é verdade. Um certo nível de saúde mental é necessário para que uma pessoa seja socialmente ativa. A figura I.3.2 demonstra como as consequências de uma boa saúde

³⁰ Disponível em http://www.research.med.lu.se/en_projektdetaljer.php?Proj=398

mental podem contribuir diretamente para a melhoria dos níveis de capital social. Por outro lado, as pessoas que enfrentam problemas de saúde mental são facilmente marginalizadas e excluídas socialmente.

Figura I.3.2: Modelando o impacto da saúde mental sobre o capital social



Fonte: Adaptado de Lehtinen *et al* (2005)

Tem sido repetidamente demonstrado que uma baixa participação social está associada a um aumento da morbilidade psiquiátrica na comunidade. Existem várias intervenções na comunidade em que o principal objectivo é promover as oportunidades de suporte social e de responsabilidade mútua. Um exemplo é a abordagem *community diagnosis* que pretende promover a interação social, em especial, em ambientes urbanos socialmente desintegrados, desenvolvida por Dalgard *et al* (1999) na Noruega.

A promoção da saúde mental a nível comunitário envolve geralmente atividades de colaboração, baseadas no reforço da participação e capacitação da comunidade (*empowerment*). A disponibilidade e o fácil acesso a grupos de auto ajuda no confronto com diferentes tipos de crises e transições de vida têm provado serem medidas eficazes de promoção da saúde mental e prevenção de distúrbios mentais e de comportamento. O envolvimento das pessoas é um requisito essencial para a ação comunitária ser bem-sucedida. A população local tem o melhor conhecimento dos problemas e, assim, a sua participação no planeamento e na execução das atividades

é importante. Este facto também promove o sentimento de pertença e o envolvimento nos esforços desenvolvidos pela comunidade.

3.1.3. Ambiente físico

Existe alguma evidência de que o ambiente físico influencia a saúde, incluindo a saúde mental, embora os mecanismos dessa influência possam ser complexos. A maior parte da investigação sobre a relação entre as características do ambiente físico e a saúde mental é realizada em áreas urbanas. Por outro lado, existe uma grande quantidade de investigação epidemiológica sobre as diferenças da prevalência de distúrbios mentais e de comportamento entre o meio urbano e o meio rural. Os resultados destes estudos têm sido um pouco contraditórios, mas algumas conclusões preliminares podem ser extraídas. Assim, a maioria dos distúrbios mentais e de comportamento graves (psicose, por exemplo a esquizofrenia) foram mais frequentemente identificados, quer em algumas áreas rurais remotas e isoladas, como nas áreas centrais das grandes cidades. Por outro lado, os chamados distúrbios mentais e de comportamento comuns, como a depressão e a ansiedade, assim como o abuso de álcool e de outras substâncias são mais prevalentes no meio urbano do que no meio rural.

As características do ambiente físico que, de acordo com a investigação realizada, estão relacionadas e podem ter um impacto sobre a saúde mental incluem: condições de habitação, níveis de ruído exterior, existência de espaços verdes (jardins e parques infantis), segurança pública, ao nível de densidade populacional, e limpeza geral. Tem sido demonstrado, por exemplo, que elementos da natureza no ambiente onde se vive podem diminuir a incidência do *stress*, influenciando as nossas reações fisiológicas e emocionais. De acordo com alguns estudos esses elementos melhoram a auto percepção do estado de saúde e estão relacionados com a redução da mortalidade. Quanto mais espaços verdes existem no ambiente onde se vive, mais as pessoas se descrevem como saudáveis. Foi lançada a hipótese de que o ambiente físico pode promover o bem-estar psicológico, de pelo menos três formas diferentes: 1) proporcionando experiências psicológicas positivas; 2) trabalhando como um tampão ou como um factor de reorganização em situações de *stress*; e 3) por promover a atividade física das pessoas.

Como já referido, o projeto *Cidades Saudáveis* tem já uma extensa experiência em promover a saúde e o bem-estar das pessoas através da melhoria do ambiente físico. O seu objectivo é colocar a saúde no topo da agenda política e social das cidades e construir um forte movimento a favor da saúde pública, incluindo a saúde mental, a nível local. A implementação bem-sucedida desta abordagem consiste em intervenções inovadoras na abordagem de todos os aspectos da saúde e das condições de vida, e numa extensa rede internacional, nacional e local. As principais estratégias incluem: 1) reforço das políticas e intervenções em saúde e no desenvolvimento sustentável, com ênfase nos determinantes de saúde sociais e ambientais, nas pessoas em situação de pobreza e nas necessidades dos grupos mais vulneráveis; 2) promoção da solidariedade, cooperação e relações de trabalho entre as cidades participantes e as redes estabelecidas; e 3) a produção de boas práticas, especialização, evidência e estudos de casos que podem ser utilizados para promover a saúde e para a regeneração urbana promotora de saúde no planeamento e desenvolvimento das cidades.

Segundo Dulhi & Sanchez (1999) uma comunidade saudável é aquela que garante: 1) um ambiente físico limpo, seguro e de alta qualidade (incluindo habitação de qualidade), 2) um ecossistema que é estável agora e sustentável a longo prazo, 3) uma comunidade forte, com suporte mútuo e não exploradora, 4) um elevado grau de participação e controlo por parte da população acerca das decisões que afectam as suas vidas, a sua saúde e o seu bem-estar, 5) A satisfação das necessidades básicas (comida, água, habitação, rendimento, segurança e trabalho) para todas as pessoas da cidade, 6) acesso a uma ampla variedade de experiências e recursos, com oportunidade para uma ampla variedade de contactos, interação e comunicação com outros, 7) uma economia urbana diversificada, inovadora e vital, 8) o encorajamento de ligações com o passado, e com o património biológico e cultural dos habitantes da cidade e com outros grupos e indivíduos, 9) um fórum que é compatível com as características anteriores e as reforça, 10) um nível óptimo de serviços de saúde pública e de prestação de cuidados de saúde adequados e acessíveis a todos, 11) um elevado nível da saúde (níveis elevados de saúde positiva e níveis reduzidos de doença).

Uma característica importante do ambiente físico que tem um impacto sobre a saúde mental das pessoas é a comunicação. Um aspecto é a informação e os recursos para a mobilidade, e no sentido mais prático, isso depende do bom funcionamento de um sistema de transportes públicos, que garanta a circulação de pessoas e o acesso

adequado aos locais de trabalho, às lojas e aos serviços para toda a população. De importância crescente nos nossos dias, tem sido o desenvolvimento das tecnologias de informação, resultando na sociedade de informação dos tempos modernos, o que fornece imensas oportunidades, mas também muitos desafios e inclusivamente ameaças para as pessoas. Por exemplo, o excesso de informação, ou uma sobre utilização do *mundo virtual* pode apresentar-se como um factor de risco para a saúde mental. Outro risco evidente é a exclusão social daqueles que não conseguem adquirir a literacia necessária na área das tecnologias de informação.

O *Livro Verde* da Comissão Europeia “*People First*” (Comissão das Comunidades Europeias, 1996) identificou um conjunto de princípios comuns que pretende orientar as políticas públicas para a sociedade da informação. Segundo estes princípios orientadores as políticas públicas devem, entre outros aspectos:

- Promover o acesso à informação;
- Promover a democracia e a justiça social;
- Promover a empregabilidade e a formação ao longo da vida;
- Promover e concretizar iguais oportunidades entre homens e mulheres;
- Promover a inclusão e fornecer o suporte às pessoas com necessidades especiais e àqueles a quem faltam oportunidades para melhorar a sua posição;
- Promover a qualidade e a eficiência da administração.

3.1.4. Lazer

Alguma evidência sugere que diferentes formas de atividades de lazer podem estar positivamente relacionadas com a saúde mental, apesar de muito mais investigação ser necessária para desenhar e sedimentar estas conclusões. O conceito de lazer tem sido definido como uma *condição de liberdade percebida* (Lehtinen, 2008). Por isso, uma pessoa terá lazer se se sentir livre e capaz de fazer o que lhe apetece. Aqui, a liberdade significa a possibilidade de *fazer outra coisa qualquer*. Algumas pessoas, com muito *tempo livre*, podem estar tão preocupados com os problemas da vida quotidiana e/ou com a sua segurança que deixam de ter a liberdade de escolha. Isto pode dizer respeito, por exemplo, aos desempregados, a pessoas portadoras de uma deficiência ou a membros de minorias étnicas, que não têm lazer como foi acima descrito. Como Westland (1991) afirmou, apenas podemos falar de lazer em pessoas

cujos necessidades fisiológicas básicas e de segurança foram satisfeitas, realizando a significativa variação individual que isso implica.

Westland (1991) definiu atividades de lazer como atividades autodeterminadas desenvolvidas em momentos de lazer, que atingem a satisfação esperada por quem as pratica. Uma motivação intrínseca e o facto de a atividade ser escolhida pela própria pessoa são componentes importantes.

Para além disso, o conceito de *satisfação* necessita de ser visto no seu sentido mais lato, incluindo prazer, relaxamento e desenvolvimento pessoal. As atividades de lazer abarcam um vasto conjunto de possibilidades, desde ouvir música, ler um bom livro ou ver um filme, encontrar-se com amigos, ir para serra esquiar, montar a cavalo, acampar ou nadar.

Um número crescente de evidência mostra que as atividades de lazer estão associadas com a saúde mental e podem ter um impacto em muitos aspectos da vida relacionados com a saúde mental.

Também existe alguma evidência de que o lazer passivo não é tão efetivo na promoção do bem-estar mental como o lazer ativo. Diferentes mecanismos podem estar envolvidos nesta influência. Em primeiro lugar, as atividades de lazer aumentam as oportunidades dos indivíduos, dos grupos e das comunidades de interagirem uns com os outros, e, portanto, promovem o capital social. Também ficou demonstrado que o lazer pode promover o bem-estar subjetivo aumentando a satisfação com a vida. Aprender novas capacidades promove a autoestima aumentando o sentimento de competência. Para além destes aspectos, alguns estudos mostram que as atividades de lazer complexas promovem a capacidade cognitiva e intelectual o que, por seu lado, contribui para uma melhor saúde mental. Finalmente, já foi afirmado que, por exemplo, a participação em jogos promove o desaparecimento das distinções sociais, e, por isso, preserva as condições para uma equidade fundamental entre as pessoas. A mais documentada atividade de lazer como tendo influência sobre a saúde mental é a atividade física. Os benefícios do exercício para a saúde física têm sido bem documentados ao longo do tempo, mas existe agora um incremento da evidência sobre a relação entre atividade física e saúde mental. Comparados com pessoas inativas, as pessoas fisicamente ativas têm apresentado níveis mais elevados de bem-estar psicológico e auto conceito positivo, melhor autoestima, auto percepção melhorada, melhor funcionamento cognitivo, sono melhorado e mais *humor* e *afectos* positivos. As pessoas mais ativas fisicamente também parecem apresentar melhores

valores na capacidade percebida para o desempenho de atividades do quotidiano, no bem-estar físico e noutras medidas relacionadas com a qualidade de vida. Alguns estudos até sugerem que um estilo de vida mais ativo pode estar relacionado com níveis mais elevados de alerta e de capacidade mental, incluindo a capacidade de aprender. Estes resultados parecem ser semelhantes quer em jovens quer em adultos. Também foi provado que a atividade física melhora a eficácia dos tratamentos psiquiátricos e tem um papel na melhoria da qualidade de vida e na gestão dos sintomas mentais em pessoas com distúrbios mentais e de comportamento. Assim, a atividade física tem sido utilizada como intervenção terapêutica nos distúrbios mentais e de comportamento. Existe evidência que mostra que o exercício físico pode ser tão eficaz quanto outras intervenções psicoterapêuticas no tratamento da depressão.

3.2. IDADE E AMBIENTES

As crianças representam o futuro, o desenvolvimento, bem como a renovação das culturas e das sociedades. Muitos autores têm realçado a importância da primeira infância como um período crucial no desenvolvimento humano em geral, e como base para uma boa saúde mental ao longo de todo o ciclo de vida. A influência dos primeiros anos de vida de uma criança na personalidade e no desenvolvimento psicossocial posterior está bem documentado. A primeira infância é também o período para o qual existe a mais forte evidência para as intervenções de promoção da saúde mental. Existe evidência de que as intervenções preventivas e de promoção da saúde mental no início da infância podem ser mais duradoura e eficaz do que aquelas introduzidas mais tarde na vida.

Os seres humanos são, por vezes, chamados de *animais sociais*, através da referência à importância crucial das relações sociais para o nosso desenvolvimento psicossocial e físico. A primeira fase de socialização no desenvolvimento da criança ocorre geralmente no seio da família nuclear. A segunda fase começa quando a criança inicia outros contactos fora da família, por exemplo, com *amigos de brincadeiras* e com outros adultos. Brincar em conjunto com outras crianças é um importante apoio ao desenvolvimento moral, neste período etário. A terceira fase de socialização inicia normalmente quando a criança começa a sua vida escolar.

Para o adulto, uma das mais importantes áreas de participação social tem lugar dentro do mundo do trabalho. Por outro lado, o rápido aumento do envelhecimento da

população representa um dos maiores desafios para as nossas sociedades europeias. A elevada relação entre idade e distúrbios mentais e de comportamento, principalmente a demência e a depressão, irá aumentar, ainda mais, no futuro.

Quatro *idades*, quatro *ambientes*, com exigências e desafios distintos que exigem uma análise individualizada em promoção da saúde mental.

3.2.1. Experiências na infância antes da idade escolar

Muitos investigadores têm analisado que intervenções relacionadas com o ambiente da criança alcançam bons resultados em saúde mental. O lar é a envolvente natural e o mais importante ambiente de desenvolvimento da criança, bem como o relacionamento com os pais que é o elemento mais importante para a criança. Assim, os determinantes mais relevantes para uma boa saúde mental na infância estão relacionados com o lar ou com o relacionamento com os pais. Por exemplo, tem sido demonstrado que os seguintes aspectos relacionados com a primeira infância estão associados ao desenvolvimento infantil e, mais tarde, ao nível de saúde mental: qualidade do vínculo precoce entre a criança e a figura materna, estilo parental, ambiente do lar, relações entre os pais e também a qualidade e a quantidade de suporte fornecido pela sociedade e pela comunidade circundante às famílias com filhos pequenos.

Uma questão importante neste contexto é o conceito de vinculação. A teoria da vinculação³¹ foi originalmente desenvolvida por Bowlby (1969). Estudou jovens crianças que foram hospitalizadas e, portanto, separadas dos pais por um longo período. Descobriu que a maioria destas crianças ficaram profundamente afectadas e apáticas devido à separação do seu mais importante cuidador, normalmente a mãe. Com base nestas observações, desenvolveu a chamada *teoria da vinculação* para a qual Ainsworth (1991) fez a sua própria contribuição, através do desenvolvimento de métodos de investigação relevantes. A vinculação remete, normalmente, para a natureza especial das relações muito próximas. As pessoas podem ligar-se a outra pessoa em qualquer idade, mas o protótipo de uma vinculação é normalmente pensado como aquele que existe entre a criança e seu principal cuidador. As relações vinculativas são caracterizadas por fortes sentimentos e têm um importante contributo

³¹ A vinculação é definida como um vínculo emocional duradouro que leva a criança a sentir prazer, alegria, segurança e conforto na companhia do cuidador, e angústia, quando temporariamente separado do cuidador.

no estabelecimento de padrões para as outras interações sociais. A natureza do vínculo precoce entre a criança e a figura materna provou ser de crucial importância no que diz respeito à saúde mental do indivíduo nas outras fases do ciclo vital. A chamada *vinculação segura* é condição necessária para a criança desenvolver boa saúde mental. O pressuposto fundamental da teoria da vinculação é que a resposta sensível dos pais às necessidades da criança resulta numa criança com uma vinculação segura. A mãe que mostra uma vinculação segura considera relativamente fácil chegar ao bebé. Este sente-se confortável com a sua dependência dos outros e com a dependência dos outros em relação a ele, e não se preocupa com a possibilidade de ser abandonado ou em alguém se aproximar demasiado dele.

A natureza do vínculo entre a criança e o cuidador é parte da *parentalidade*, uma qualidade que tem mostrado ser um importante determinante para a posterior saúde mental da criança. Tem sido inclusivamente afirmado que a *parentalidade* é provavelmente a mais importante questão de saúde pública que a nossa sociedade enfrenta (Lehtinen, 2008). Ela é a variável mais importante, isoladamente, implicada nas doenças e nos acidentes na infância, na gravidez na adolescência e no uso indevido de substâncias, no absentismo, no abandono e no insucesso escolar, no abuso infantil, na não empregabilidade, na criminalidade juvenil e nos distúrbios mentais e de comportamento. Winnicott (1967) lançou o termo *parentalidade suficientemente boa* para sublinhar o facto de que as figuras parentais não precisam de ser perfeitas ou ideais, uma *parentalidade* regular é suficiente. Também é importante notar que qualquer pessoa envolvida nos cuidados, controlo e desenvolvimento de uma criança, está envolvida no processo de parentalidade. Por exemplo, os avós, os amigos, os familiares e os vizinhos, as creches e os trabalhadores domésticos, todos podem ser vistos como figuras parentais. Uma *Parentalidade suficientemente boa* durante os primeiros anos da infância permite a vinculação e promove o sentimento de segurança básico da criança, que é essencial para a posterior saúde mental e autoestima.

Segundo com Hoghughi & Speight (1998) os componentes da *parentalidade suficientemente boa* podem ser agrupados da seguinte forma:

1. *Amor, cuidado e empenho* - As crianças precisam de sentir que eles são amados de forma consistente e incondicional. Em caso de hospitalização da criança é essencial tomar as medidas necessárias para garantir a presença dos pais durante os cuidados hospitalares, tanto quanto possível.

2. Definição de limites e controle consistente - O controlo está relacionado com a definição e o reforço das fronteiras para ajudar a criança nas suas relações com o mundo exterior. Os limites devem ser configurados para mostrar que comportamentos são inaceitáveis, com a adequação necessária á fase de desenvolvimento. Um controlo "*bom o suficiente*" requer uma fixação de limites razoáveis, que são construídos num conjunto coerente ainda que afectivo para que a criança aceite a realidade das fronteiras e as integre nas suas ações.

3. Facilitação do desenvolvimento - Este terceiro aspecto da parentalidade envolve a promoção do desenvolvimento da criança para permitir que a criança possa cumprir o seu pleno potencial. Isto envolve todas as áreas de funcionamento, desde o físico e intelectual até ao moral, estético e espiritual. Cuidados "*bons o suficiente*" envolvem o fornecimento de uma estimulação rica e variada na primeira infância seguido por envolvimento e suporte à criança durante nos anos seguintes até que a idade adulta seja alcançada.

O ambiente familiar como um todo tem demonstrado ser um determinante importante de saúde mental, tanto para as crianças como para os adultos na família. Os investigadores na área da família desenvolveram o conceito de *homeostase familiar* (Lehtinen, 2008), pelo qual eles descrevem o facto de normalmente existir uma espécie de equilíbrio dinâmico entre as relações dos diferentes membros da família. Isto está relacionado com as necessidades dos diferentes membros da família e com o seu poder e posições mútuas. A homeostase pode não só ser saudável e, portanto, flexível e tolerar alterações, mas também pode ser rígida ou mesmo caótica. O tipo de homeostase familiar está claramente associado com o estado de saúde mental dos membros da família, que tem um efeito sobre a função de toda a família. Segundo Peterson (2000), os critérios para o bom funcionamento da família e para uma família *saudável* são:

1. Orientação: O ambiente familiar é influenciado por um profundo valor de ajuda mútua, reconhecendo as necessidades humanas de tranquilidade e suporte, e vendo os erros como uma consequência do comportamento humano. Os familiares sabem que as necessidades humanas são satisfeitas através dos relacionamentos, e quando as crianças crescem e deixam a sua casa, a sua independência fica continuamente dependente de outros sistemas comunitários. Embora estes membros se esforcem por ser competentes, eles sabem que não controlam sozinhos os resultados.

2. *Limites*: limites claros entre os membros de uma família significam que as responsabilidades dos adultos são claras e distintas das responsabilidades da criança em crescimento. Não há são crianças "*parentificadas*" na família, e as pessoas falam livremente por si, expressando diferentes sentimentos e opiniões sem receio de punição ou retaliação. Embora os debates democráticos estejam presentes, os pais mantêm a tomada de decisão adequada à idade da criança.

3. *Poder e intimidade*: as pessoas são capazes de se relacionar intimamente quando sentem que têm igual poder. Isto acontece porque, quando ficamos assustados, abrem-se duas opções: relacionarmo-nos através do amor e do cuidar para satisfazer as nossas necessidades, ou controlar o outro ou a situação. Podemos escolher o poder do amor ou o poder do controlo.

4. *Honestidade e liberdade de expressão*: os membros de uma família são livres para se expressarem autonomamente, incluindo diferentes opiniões ou pontos de vista se interações na família apoiam a individualidade. Os debates podem ser vivos e mesmo "*quentes*" se for basicamente aceite pelos membros da família ter diferenças. O amor e o carinho não são retirados se as pessoas pensam de maneira diferente sobre alguma coisa.

5. *Calor, alegria e humor*: quando há alegria e humor nos relacionamentos, as pessoas procuram o conforto destas interações. A alegria e a confiança dos membros da família uns nos outros são um importante recurso energético. Existe a sensação de que há sempre alguém que se preocupa com quem podemos falar, e com quem podemos rir e divertirmo-nos frequentemente.

6. *Competências de organização e negociação*: Um aspecto necessário da vida familiar é a coordenação de tarefas, a negociação das diferenças e ser capaz de atingir efetivamente um desfecho nestas situações. As competências de negociação incluem a capacidade de escutar, e fazer escolhas no que os membros da família sentem é um processo justo. Em famílias saudáveis, este presente processo não fica *encalhado*, embora exista espaço para discussão, e os pais alternem o papel de coordenador entre eles.

7. *Sistema de valores*: Parte da saúde e da vitalidade de uma família é também saber lidar com as fraquezas, os medos e as situações de *stresse* no próprio sistema familiar. Ninguém é perfeito e nenhum sistema é perfeito. Mas em famílias saudáveis, a verdade é aceite como não absoluta. Diferentes perspectivas sobre a realidade são aceitáveis e as pessoas são basicamente boas. Estas são duas crenças subjacentes.

Para além de uma base da humanidade positiva e da vida em geral, as famílias saudáveis também sabem lidar com as inevitáveis perdas que ocorrem no ciclo de vida familiar.

Muito relacionado com o que foi dito acima, é compreensível que a relação entre os pais tenha uma forte influência sobre o desenvolvimento psicossocial e, mais tarde, sobre a saúde mental da criança. Assim, tem sido repetidamente demonstrado que a discórdia conjugal é um factor de risco para a saúde mental das crianças, e, por outro lado, um bom relacionamento entre os pais age como um factor de reforço ou protetor.

3.2.2. Ambiente escolar

A idade escolar significa novas oportunidades, mas também novos desafios, no que diz respeito à saúde mental. A fase da escola é normalmente a mais importante etapa na qual a criança pratica uma participação na comunidade mais alargada.

Estes princípios têm vindo a ser cada vez mais representados na legislação portuguesa. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004) (no reforço das ações de promoção da saúde e prevenção da doença desenvolvidas em ambiente escolar), o Despacho Conjunto n.º 734/2000, de 18 de Julho, subscrito pelos Ministros da Saúde e da Educação (que estabelece normas sobre o processo de alargamento da *Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde*), e mais recentemente a Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto e a Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril respondem num importante esforço às diretivas da OMS (*World Health Organization - Health 21: Health for All in the 21st century* [WHO, 1998a]) e da Comissão Europeia (Projeto *Monitoring Positive mental health* [Lavikainen, Fryers & Lehtinen; 2006] e projeto *Monitoring Mental Health Environments* [Lehtinen, 2008] cofinanciados pela Comissão Europeia e que identificam a escola como um ambiente incontornável de intervenção em promoção da saúde).

A escola é o lugar onde todo um grupo etário pode ser facilmente alcançado durante vários anos, e onde as atividades em promoção da saúde mental podem ser bem integradas no trabalho quotidiano. Assim, para crianças e adolescentes em idade escolar, a escola e outros estabelecimentos de ensino são importantes pontos de entrada para a promoção da saúde mental, pois estas estruturas são o principal suporte da separação, da individualização e da socialização. O processo de

marginalização e exclusão social observados na idade adulta começam frequentemente na infância e na adolescência, levando a comportamentos agressivos, delinquência, toxicodependência e, no caso das raparigas, à gravidez na adolescência. Por outro lado, tem sido demonstrado que muitas questões relacionadas com a escola têm uma influência sobre o posterior desenvolvimento da saúde mental do indivíduo. Existe uma quantidade crescente de evidência de que a promoção da saúde mental e física das crianças nas escolas vai melhorar a sua capacidade de aprender, o seu sucesso académico, bem como a sua capacidade de se tornarem cidadãos responsáveis e membros produtivos de uma sociedade.

A segurança do ambiente e o respeito dos outros revelaram-se importantes determinantes de boa saúde mental. O *bullying* nas escolas, por outro lado, é um dos principais factores de risco para a saúde mental tanto durante os anos escolares como depois, ao longo do ciclo de vida. Os alunos sujeitos a *bullying* na escola, geralmente sentem-se impotentes para acabar com a situação. Eles podem ficar deprimidos, irritados, assustados ou perplexos, e são, frequentemente, incapazes de se concentrar nas aulas. Alguns podem até ser suicidas. A vítima pode perder a sua autoconfiança e autoestima, o que pode ter consequências ao longo da vida sobre a saúde mental. É também importante compreender que o *bullying* não é apenas um factor de risco para as vítimas, mas também para os provocadores. Ambos precisam de ajuda para protegê-los das consequências negativas posteriores na sua saúde mental.

O projeto financiado pela União Europeia *Mental Health Promotion of Adolescents and Young People* (Mental Health Europe, 2000) recolheu 52 programas de Estados-Membros da União Europeia num esforço para produzir um relatório de programas eficazes em promoção da saúde mental de pessoas com idade entre os 14 e os 25 anos. No total, 70% desses programas tinham definido a escola como o ambiente para a execução do programa. Isto mostra como é importante o papel das escolas e outros contextos educacionais na promoção da saúde mental nestes grupos etários.

Muitas informações e experiências sobre a promoção da saúde mental nas escolas foram realizadas pela CE/OMS/Conselho da Europa: *A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde* (Portugal, 2001). Weare (2000) promoveu o conceito de *whole school approach* que consiste numa estratégia compreensiva para o uso do ambiente escolar para promover a saúde mental, emocional e social de todos os parceiros envolvidos: alunos, professores e pais. As características mais importantes do *whole school approach* são as seguintes (Weare, 2000):

- Relação entre docentes, não docentes e alunos positiva;
- Participação dos alunos;
- Desenvolvimento e formação do pessoal docente e não docente;
- Participação ativa dos pais, da comunidade local e das principais agências locais;
- Começar a abordagem precocemente com as crianças mais jovens;
- Ter um compromisso de longo prazo para o programa.

Além disso, foi concluído que os programas mais eficazes também utilizam uma abordagem ampla e genérica, em vez de uma abordagem baseada em tópicos, colocam o foco nas competências, atitudes e valores, em vez de colocar o foco em informações e factos, são sensíveis às necessidades dos alunos, especialmente os provenientes de diferentes etnias e grupos sociais, e são sensíveis à idade e ao nível de desenvolvimento dos alunos. Os programas também funcionam melhor nas escolas com uma liderança forte e políticas disciplinares claras. Para Weare (2000), são princípios principais da *whole school approach*:

1. *Relacionamento*: Boas relações de suporte na escola são condições prévias essenciais para a produção de elevados níveis de moral e desempenho nos alunos e professores. As boas relações são boas, só por si, mas mais importante ainda, elas promovem aprendizagem mais eficaz.

2. *Participação*: Tanto o pessoal como os alunos devem ter oportunidade de participar nas questões que ocorrem na escola e lhes dizem respeito. Encorajar e dar oportunidades aos alunos, especialmente em contexto da sala de aula, parece ser de especial importância. A participação também deve ser incrementada, naturalmente, para os pais mas, de preferência, para toda a comunidade envolvente.

3. *Autonomia*: Autonomia significa um adequado grau de liberdade e independência. É um conceito relativo e não absoluto, e os alunos respondem melhor quando o grau de liberdade é adequado à sua idade, ao seu estágio de desenvolvimento e à sua personalidade. Também ficou demonstrado ser importante que os professores tenham controlo sobre o seu próprio trabalho e tenham a possibilidade de tomarem as suas próprias decisões.

4. *Clareza*: Clareza significa que as pessoas identificam as estruturas e os limites, sabem o que se espera deles e o que eles podem esperar dos outros, compreendem o seu papel, e sabem quais as normas, valores e regras da organização. Por outro lado,

o *bullying* tem mostrado ser o mais importante factor de risco no contexto escolar para problemas de saúde mental posteriores.

3.2.3. Vida profissional

O trabalho é de fundamental importância na vida humana. É essencial para a sobrevivência quer da sociedade quer do indivíduo, e torna possível satisfazer determinadas necessidades humanas básicas. Foi através do trabalho que o homem criou tanto o seu bem-estar material como a sua cultura abstrata. O trabalho fornece segurança e a possibilidade de autoatualização. A propensão inata do Homem para a atividade encontra a realização especialmente no trabalho. Muitos aspetos do trabalho também têm um impacto positivo sobre a saúde mental do trabalhador (Slocum, 1966; Warr, 1987):

1. O trabalho é a fonte de sustento e segurança;
2. O trabalho regular, impõe um ritmo importante no nosso uso de tempo;
3. O trabalho proporciona uma base natural para uma maior integração no ambiente social fora da família;
4. O trabalho proporciona uma oportunidade para alcançar uma identidade positiva;
5. O trabalho contribui para preencher de forma significativa a vida e dá uma sensação de satisfação;
6. O trabalho proporciona o respeito dos outros e um sentimento de ser um membro útil da sociedade.

A natureza do trabalho mudou drasticamente nos últimos dois séculos. Durante a *Revolução Industrial*, no século XIX, o trabalho ficou concentrado em unidades de produção distintas, e, finalmente, tornou-se uma área de atividade humana totalmente separada que mudou radicalmente a estrutura social. No final do século XX, a revolução das tecnologias de informação e comunicação mudou, novamente, drasticamente a vida profissional, e o trabalho tornou-se mais difícil. Novas e mais complexas competências são necessárias nos trabalhadores. O trabalho em equipa tornou-se um elemento chave para a eficiência, mas por outro lado, o trabalho à distância ou o trabalhar sozinho também tem aumentado. A globalização é também um elemento novo que tem consequências significativas para os trabalhadores, especialmente nas nossas sociedades ocidentais. Ao mesmo tempo o

trabalho depende cada vez mais das tecnologias da informação e comunicação. A evolução para uma sociedade da informação significa que a relação entre trabalho e saúde mental também se tornou mais complexa. Além disso, essas mudanças afectam não apenas o trabalhador, mas também a sua família, e, atualmente, toda a comunidade.

Como já foi dito, o trabalho pode apoiar a saúde mental de muitas formas. Por outro lado, o trabalho, quando inadequadamente organizado, pode também ser uma fonte de distúrbios mentais e de comportamento (Warr, 1987). As consequências de viver sob um trabalho em condições *stressantes* são múltiplas e podem também alargar-se à família e a toda a sociedade. Uma fonte de *stresse* pode ser o assédio moral no trabalho, quer com origem nos superiores, quer com origem nos colegas de trabalho. A ansiedade, a depressão, o *burnout*, a insónia, o abuso de substâncias e a discórdia conjugal são alguns exemplos das consequências negativas. Estudos realizados nos locais de trabalho e nas empresas mostram que vários factores contribuem para um local de trabalho que é promotor da saúde mental. Estes factores incluem: uma boa gestão, uma boa comunicação e informação, uma suficiente autonomia e controle sobre o seu trabalho, a segurança do emprego e um equilíbrio adequado entre as exigências do trabalho e as capacidades do trabalhador. Os elementos-chave de um programa eficaz na promoção da saúde mental no local de trabalho incluem (Lehtinen, 2008):

- Corrigir o desequilíbrio esforço / recompensa;
- Melhorar a comunicação e o envolvimento pessoal;
- Reforçar o suporte social, especialmente dos gestores para os subordinados;
- Aumentar a latitude do controlo e da tomada de decisão do trabalho;
- Avaliação das exigências do trabalho;

Um importante ponto de vista no domínio da vida profissional é a relação entre desemprego e saúde mental. Este tópico também foi o foco de um projeto em saúde mental financiado pela União Europeia que publicou os seus resultados e recomendações no documento *Unemployment and Mental Health* (Ozamiz, Gumplmaier & Lehtinen, 2001). O projeto mostrou claramente que o desemprego tem geralmente um efeito negativo sobre a saúde mental, já que 85% dos estudos analisados encontrou uma associação entre estas duas variáveis. Além disso, as consequências do desemprego também afectam as pessoas com baixa segurança no trabalho. No entanto, esta associação não significa necessariamente uma relação

causal entre o desemprego e os distúrbios mentais e de comportamento. Estes podem muito bem ser a causa do desemprego. Por outro lado, o desemprego nem sempre se tem revelado um factor de risco. Por vezes, pode significar um alívio das insuportáveis condições de trabalho, e portanto, contribui para a melhoria do nível de saúde mental.

Por fim, tem-se mostrado extremamente importante para a saúde mental das pessoas, bem como para a produtividade económica que os pais, especialmente com filhos pequenos, tenham oportunidades reais para equilibrar vida laboral e vida familiar de modo a que este equilíbrio seja benéfico para todos os parceiros envolvidos: as crianças, os pais e os empregadores. Isto implica a possibilidade de um horário flexível, de trabalho parcial quando apropriado, a disponibilidade de creches adequadas para os filhos, o apoio financeiro por parte do Estado e atitudes favoráveis da sociedade (Lehtinen, 2008).

3.2.4. Pessoas idosas

Vários factores contribuem para o bem-estar psicológico e para a saúde mental das pessoas idosas. Estes estão ligados à qualidade de vida e incluem aspectos que melhoram a autodeterminação, uma vida independente e autónoma. Segundo a *MIND Factsheet* (MIND, 2008) alguns importantes determinantes da saúde mental dos idosos, são:

Exercício Físico: o exercício físico tem muitos benefícios positivos para a saúde física e para a saúde mental, porque, por exemplo, é um suporte para a recuperação da depressão. É importante que o exercício seja adaptado às capacidades da pessoa e que tenha em conta qualquer problema de saúde ou de mobilidade que a pessoa idosa possa ter.

Dieta e Nutrição: ao comer bem, é provável que a pessoa idosa se sinta mais saudável, permaneça ativa por mais tempo e se proteja contra a doença.

Sono: os problemas de sono podem aumentar com a idade. Insónia ou perturbações do sono constantes podem levar a situações de fadiga, de irritabilidade e de dificuldade de concentração. Problemas de sono frequentes podem levar a situações de falta de repouso, o que pode afectar a capacidade intelectual e o controlo de movimentos.

Vida social: a reforma pode trazer um alívio bem-vindo de alguns compromissos ou obrigações sociais da vida pré reforma, mas também pode conduzir à solidão e ao isolamento. Apesar disso, a reforma oferece novas oportunidades para alargar a rede social.

Voluntariado: uma possibilidade de alargar a vida social é envolver-se em trabalho voluntário. O trabalho voluntário pode fornecer estímulo social e intelectual, o potenciar novas amizades e aumentar a auto estima.

Vida familiar: A investigação tem demonstrado repetidamente que os idosos casados têm uma melhor saúde mental do que outros. Do mesmo modo, o contacto com familiares e amigos de diferentes faixas etárias é benéfico para a saúde mental dos idosos.

Ficar mentalmente ativo – oportunidades para aprender: aproveitar oportunidades de aprendizagem em qualquer idade pode promover a qualidade de vida e fazer com que a pessoa se sinta saudável como um todo. Isto também é verdade para as pessoas mais velhas.

Sexualidade: uma vida sexual satisfatória é um dos componentes de uma boa saúde mental, inclusive para as pessoas idosas. O *agismo* na sociedade pode significar que os idosos são vistos como sendo assexuados, mas tanto os homens como as mulheres podem continuar a ter uma vida sexual satisfatória quando envelhecem.

Espiritualidade: a espiritualidade é o sentido que atribuímos ao nosso passado, ao nosso presente e ao nosso futuro, esteja este sentido associado a uma religião organizada, a outro tipo de grupo, ou apenas ao pensamento individual de cada um. A espiritualidade pode promover a saúde mental, por proporcionar apoio e segurança. Importantes medidas para ajudar as pessoas mais velhas a satisfazer estas oportunidades de melhor saúde mental são a segurança económica, a habitação adequada, a possibilidade de participar em atividades sociais, o acesso aos cuidados de saúde, programas de visitas e suporte social “*befriending*” e apoio prático na execução das tarefas domésticas. O factor chave na promoção da saúde mental das pessoas idosas é a participação ativa e personalizada, dos próprios idosos, a todos os níveis da organização social. O Combate ao *agismo* também é importante neste contexto. A solidão e a deterioração física são os mais importantes factores de risco para a saúde mental entre as pessoas mais velhas.

Todas as pessoas encontram alguns riscos específicos para a sua saúde mental quando se aproxima da velhice. Uma das mais importantes mudanças nesta fase da

vida é a reforma. A reforma apresenta valores elevados na escala de acontecimentos de vida *stressantes*, ao lado do luto e do divórcio (Lehtinen, 2008). Numa situação de reforma, não é incomum a experiência de sentimentos mistos. Por um lado, a reforma pode ser algo que permite olhar para a frente, que traz liberdade e a possibilidade de fazer coisas que sempre se desejou, mas que nunca se teve tempo para realizar. Por outro lado, pode trazer sentimentos de tristeza, de rejeição e de depressão, especialmente se a pessoa se tiver tornado *desnecessária* no trabalho ou tiver sido empurrada para a reforma antecipada. Algumas pessoas têm sentimentos de alegria e de liberdade no início da reforma, apenas para descobrir que estes são substituídos por um sentimento de tédio, de baixa autoestima e de vazio após poucas semanas. As atitudes da sociedade em relação às pessoas idosas são aqui particularmente importantes. O *agismo* ainda é uma atitude muito prevalente (Lehtinen, 2008).

Outro acontecimento de vida comum na pessoa idosa é o luto e a perda de relações interpessoais estreitas, como com um parceiro, com familiares ou com amigos. Estes acontecimentos de vida causam dor, que é uma reação natural, mas também pode trazer outros sentimentos menos favoráveis ao nível de saúde mental. Estes sentimentos incluem a negação, a raiva, a culpa e a depressão. O isolamento e a solidão são consequências negativas comuns desses acontecimentos de vida (Lehtinen, 2008).

Parte 2

A Investigação Participada de Base comunitária

“Se queremos mais prática baseada na evidência, precisamos de mais evidência baseada na prática.”

Lawrence Green (2009)

Capítulo 4:

Materiais e métodos

“É preciso sentir a necessidade da experiência, da observação, ou seja, a necessidade de sair de nós próprios para aceder à escola das coisas, se as queremos conhecer e compreender.”

Émile Durkheim (1858-1917)

1. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO TEMA

O constante crescimento da população em espaço urbano e a crescente importância atribuída à saúde mental na organização e funcionamento das nossas sociedades, tem levado, especialmente nas duas últimas décadas, variadas organizações governamentais e não-governamentais a lançarem vários desafios no contexto da promoção da saúde.

Este estudo procura subsidiar o esforço recorrente de desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental que, com frequência, tem sido relacionada com o espaço urbano e a saúde pública. Neste âmbito tem sido genericamente admitida a existência de aspectos da organização urbana que influenciam a saúde das comunidades (WHO, 2001b; Freudenberg, Klizman & Saegert, 2009).

A documentada existência de uma influência potencialmente positiva da organização das nossas cidades na saúde das comunidades que a compõem reflete a importância da promoção da saúde como ação central em saúde pública.

Tendo como referência os trabalhos de Green & Marshall (1991, 2005) e de Minkler & Wallerstein (2008) trabalhamos num estudo de caso, de uma comunidade urbana da *península de Setúbal*. Procurou-se compreender como promover a saúde mental usando uma metodologia de *Investigação Participada de Base Comunitária* (IPBC). Foram tidas em conta as competências essenciais em promoção da saúde identificadas por Dempsey, Battel-Kirk & Barry (2011).

A temática abordada beneficia do trabalho desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, no âmbito dos Projetos *Monitoring Positive Mental Health* (2004-2006) (Ozamiz *et al*, 2006) e *Monitoring Mental Health Environments* (2007-2009) (Lehtinen, 2008) cofinanciados pela DGSANCO³².

³² Direction Générale de la Santé et du Consomateur

2. OBJECTO E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A metodologia seleccionada centrou-se na nos princípios da Investigação Participada de Base Comunitária³³ - IPBC. (Green & Marshall; 2005; Minkler & Wallerstein, 2008), recentemente promovida em Portugal (Loureiro & Miranda, 2010; Loureiro *et al*, 2011).

2.1. TEMA

A visão para este estudo nasceu em 2004, quando a convite da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP/UNL) integrámos um grupo de investigadores europeus, cofinanciados pela Comissão Europeia, num trabalho que definiu *indicadores estruturais de saúde mental* para uso no espaço europeu num projeto de dois anos: O *Monitoring Positive Mental Health (MPMH)*. Dado o sucesso deste primeiro projeto, a ENSP/UNL foi novamente convidada a integrar um segundo projeto de continuidade: o *Monitoring Mental Health Environments*³⁴ (MMHE). Neste processo a urbanização e a importância das regiões europeias (nos seus diferentes níveis, em particular na sua definição NUTS II e III) ganharam um lugar de destaque nas preocupações do grupo de investigadores, e no trabalho de investigação realizado.

Surgiu desta forma a necessidade de refletir e analisar a relação entre dois problemas de saúde pública da atualidade: 1) a *urbanização* e 2) a *saúde mental*.

De uma forma natural, considerando o trabalho que se realizava no grupo supracitado, o trabalho agora apresentado subordina-se ao tema:

Promoção da saúde mental em espaço urbano: A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção da saúde mental – Um estudo de caso

³³ Do inglês *community based participatory research*.

³⁴ Disponível em www.mmhe.eu.

2.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação, ponto de partida e guia permanente desta longa reflexão, nortearam toda a análise do *estado da arte* (Parte 1), assim como a organização metodológica agora apresentada, e traduzem-se genericamente, nas seguintes perguntas:

Q₁: Que factores estruturais estão associados à presença de níveis elevados de saúde mental nas comunidades urbanas?

Q₂: Que relação pode ser afirmada entre as múltiplas dimensões da organização do espaço urbano e o nível de saúde mental das comunidades urbanas?

Q₃: Como desenvolver um *Plano Local de Promoção da Saúde Mental* envolvendo a comunidade no processo?

2.3. FINALIDADE GERAL

Com este estudo pretendemos refletir sobre a aplicação prática de uma IPBC em Portugal, e utilizar esta metodologia para compreender o sentido e a força da relação entre variáveis que caracterizam a organização estrutural do espaço urbano, de um lado, e os níveis de saúde mental da comunidade urbana, por outro, analisando as eventuais associações entre as características dos espaços urbanos e seus efeitos nos níveis de saúde mental dessas comunidades, propondo um modelo preditivo que fundamente o desenho participado de um Plano Local de Promoção da Saúde Mental (PLPSM).

2.4. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Face à finalidade desenhada para orientação do estudo, definiram-se os seguintes objectivos específicos:

- i. Avaliar o nível de saúde mental de uma comunidade urbana;

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

- ii. Determinar as diferenças nos níveis de saúde mental de acordo com variáveis sociodemográficas, pessoais e das diferentes dimensões da estrutura do espaço urbano, consideradas entre si;
- iii. Caracterizar o espaço urbano promotor de saúde mental;
- iv. Propor um Plano Local de Promoção de Saúde Mental (PLPSM) no espaço urbano em estudo numa construção participada com a comunidade.

3. O DESENHO DO ESTUDO

Em respeito pela problemática apresentada e pela base teórica revista, elaborámos um estudo com uma perspetiva orientada para a prática (Coutinho, 2012) com as seguintes características:

Conceção do fenómeno social: trata-se de uma investigação nomotética por implicar a utilização de métodos quantitativas mas também de uma investigação ideográfica visto enfatizar o individual e o particular (comunidade urbana) sem pretender chegar a leis gerais (Bisquerra, 1989; Latorre *et al*, 1996);

Finalidade: investigação aplicada porque encaminhada para a resolução de problemas práticos, sem preocupações em generalizar resultados (Charles, 1998; Wiersma, 1995);

Natureza dos dados: quantitativa por recolher dados com base em provas objetivas e aplicar técnicas estatísticas para análise de dados (nomotética) e também qualitativa por utilizar um desenho interpretativo dirigido a uma comunidade particular (Bisquerra, 1989);

Objetivo: descritiva, por descrever um fenómeno, e preditiva por procurar prever um fenómeno (Bisquerra, 1989);

Alcance temporal: transversal por avaliar o nível de saúde mental e a sua relação com a estrutura do espaço urbano num único momento (novembro de 2010 a fevereiro de 2011);

Profundidade: investigação exploratória, na medida em que se realiza para obter um primeiro conhecimento da situação que se quer estudar; descritiva por descrever os fenómenos; e comparativa/causal por procurar encontrar relações entre fenómenos;

Número de indivíduos: estudo de grupo por partir de uma amostra de grande dimensão (Bisquerra, 1989; McMillan & Shumaker, 1997).

Tomando em consideração a especificidade do contexto e a complexidade esperada no desenvolvimento do estudo, optou-se pelo recurso a uma metodologia de *estudo de caso*.

Os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo *como* e *porquê* (o desenvolvimento do PLPSMA), quando tem pouco controle sobre os aspectos estudados (IPBC), e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (uma cidade portuguesa e a sua organização no espaço, no tempo e nas relações). Os estudos de caso surgem do desejo de *compreender fenómenos sociais complexos* (George & Bennet, 2005). Ou seja, o estudo de caso permite uma *investigação* onde se preservam as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, porque a essência de um estudo de caso é tentar esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com que resultados (Schramm, 1971).

O estudo de caso como estratégia de investigação compreende um método que tenta abranger tudo, com uma *lógica de planeamento* que integra *abordagens específicas à recolha e análise de dados*. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para a recolha de dados nem meramente uma característica do planeamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente, e que se adapta à necessidade de uma IPBC. Aliás, à semelhança das características de um promotor da saúde (ver parte 1, capítulo 3), também na realização de um estudo de caso o investigador deve ser (Schramm, 1971):

1. Uma pessoa capaz de *fazer boas perguntas*, e interpretar as respostas.
2. Um *bom ouvinte* e não ser enganado por suas próprias ideologias e preconceitos.
3. Uma pessoa *capaz de ser adaptável e flexível*, de forma que as dificuldades e obstáculos decorrentes do processo possam ser vistas como oportunidades e não como ameaça.
4. Alguém com *uma noção clara das questões que estão em estudo*, mesmo que seja uma orientação teórica ou política, ou que o trabalho tenha um perfil mais exploratório.
5. *Imparcial em relação a noções preconcebidas*, incluindo aquelas que se originam de uma teoria. Uma pessoa sensível e atenta a provas contraditórias.

Para respeitar estes princípios, optou-se por diversificar as fontes dos dados, recorrendo ao trabalho de George & Bennet (2005), com a finalidade de criar uma observação tão objetiva e tão próxima da realidade quanto possível (Quadro II.3.1).

Quadro II.3.1: Fontes de evidência num estudo de caso

Tipos de fontes de informação	Estratégias utilizadas
Documentos	Orçamento CMS Orçamento JFA Estudos do INE Documentos da CMS e da JFA
Registos em Arquivo	Lima, M.A.S. (2006). <i>Amora: Memórias e Vivências d'outora</i> . Plátano Editora. ISBN: 972-770-507-3
Entrevistas/questionários	População Estrato <i>Professores</i> Estrato <i>Técnicos Superiores de Serviço Social</i>
Observação Directa	Participação numa acção SMS (3 dias) no agrupamento de Escolas Paulo da Gama (2010)
Observação Participante	Participação em 16 Reuniões (de 18 programadas) com a comissão social de freguesia de Amora, com o NESCFA e com a Universidade Sénior da Freguesia de Amora
Artefactos Físicos	Observação <i>in-loco</i> do espaço urbano

Fonte: Adaptado de George & Bennet (2005)

Com este desenho foi estruturada uma investigação de complexas relações que tem como entidade final a sua entidade inicial - a *comunidade* – num ciclo que se pretendeu contínuo e virtuoso. O acesso do investigador à comunidade fez-se através do Núcleo Executivo da Comissão Social de Freguesia (NESCFA) onde se identificaram *apoios locais* transversais à comunidade, com os seus *líderes e representantes* e onde se estabeleceram as *parcerias* necessárias à prossecução do estudo. A seleção dos instrumentos, que partiu de uma pesquisa bibliográfica subsidiada em 5 anos de envolvimento em grupos de investigação de base europeia, foi igualmente discutida e aferida com o NESCFA. Num processo de reflexão contínua, e de constantes efeitos de influência entre os diferentes passos delineados para a intervenção, procedeu-se ao cumprimento dos primeiros três passos da IPBC (Minkler & Wallerstein, 2008; Loureiro & Miranda, 2010). Este desenvolvimento foi permanentemente apoiado pela pesquisa de documentos orientadores da comunidade e pela legislação existente (incluindo a de base local). Numa segunda frente, procedeu-se a uma identificação de grupos de referência para a recolha de dados. Se para os *clusters Professores e Técnicos Superiores de Serviço Social* (TSSS) a recolha de informação relativa aos indicadores estruturais de saúde mental (Ozamiz *et al*, 2006; Lehtinen, 2008) foi facilmente cumprida pelo lançamento de dois questionários *on-line*, (Anexo III e anexo IV), para chegar à população o processo tornou-se mais complexo. Houve necessidade de proceder a uma seleção de

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

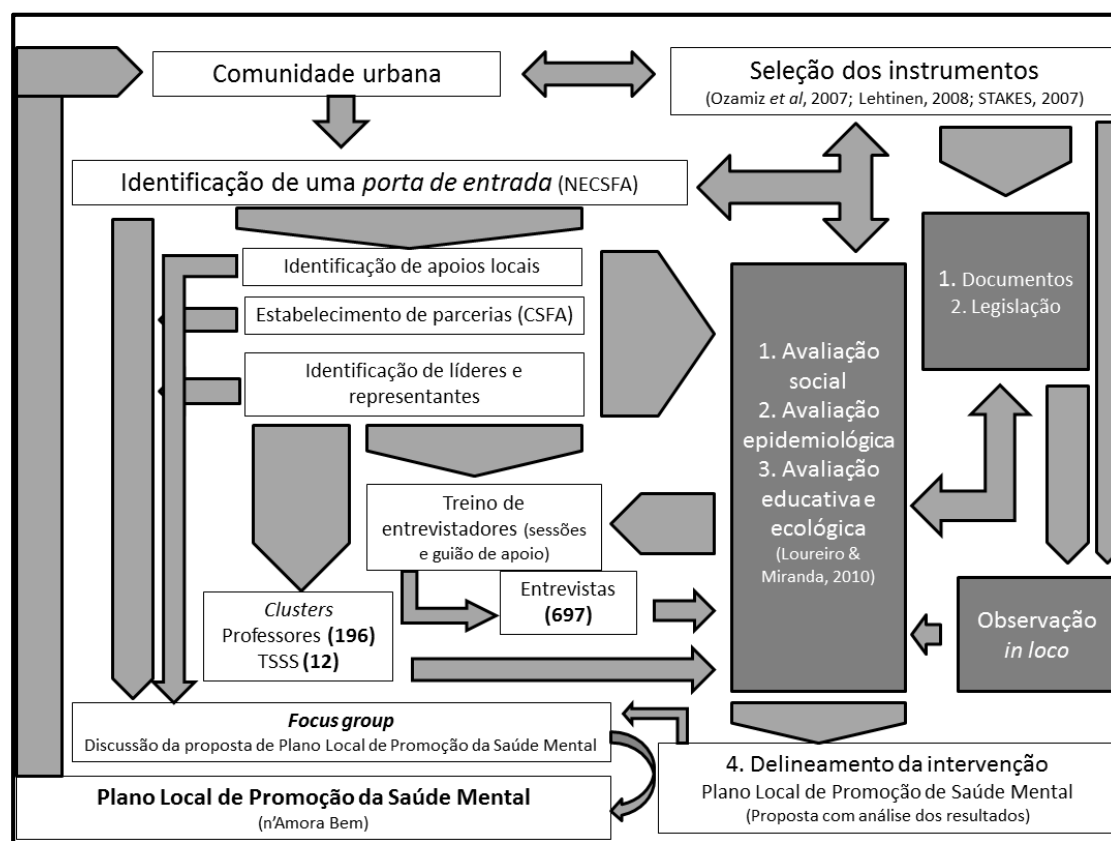
Parte 2: Materiais e métodos

voluntários, partindo da Comissão Social de Freguesia (CSFA) e de organizar e implementar formação e documentos orientadores para a recolha de dados por entrevista (com base num formulário – Anexo II).

Foi da junção de todas estas componentes, a que se associou uma observação *in loco* (presencialmente durante três dias e recorrendo às novas tecnologias, em particular o ©Google Earth), que se pôde delinear uma intervenção que foi discutida em CSFA através de uma metodologia de *focus group*³⁵.

Da discussão e análise retirada desta reflexão, em que se recorreu igualmente a uma metodologia *Thinking aloud*³⁶, foi construído o *Plano Local de Promoção da Saúde Mental*, pertença da comunidade, que participou em todos os momentos no processo de IPBC.

Figura II.3.1: Representação gráfica do Plano Local de Promoção da Saúde Mental de Amora



³⁵ O uso de *focus groups* ou grupos de discussão é um método de investigação social já consolidado, que assume a forma de uma discussão estruturada que envolve a partilha progressiva e a clarificação dos pontos de vista e ideias dos participantes.

³⁶ *Thinking aloud* é uma metodologia que envolve os participantes a pensar em voz alta enquanto realizam um conjunto de tarefas especificadas (Lewis, 1982).

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

Propomos, nas próximas páginas, uma observação mais detalhada dos diferentes passos da metodologia adotada.

4. INVESTIGAÇÃO PARTICIPADA DE BASE COMUNITÁRIA: UMA CONSTRUÇÃO PARTILHADA

Uma IPBC é aquela que mais adequadamente caraterizou os propósitos da investigação, mercê da mesma incorporar a descrição e análise de dados relativos ao nível de saúde mental e à vivência em contexto urbano, e também pela circunstância do processo de investigação decorrer da participação ativa de estruturas de gestão autárquica e de outras organizações governamentais e não-governamentais de base comunitária, bem como da própria comunidade, com a participação ativa de dezenas dos seus constituintes (George & Bennet, 2005). A IPBC é uma metodologia de investigação interdisciplinar que envolve investigadores do mundo académico e uma comunidade específica num trabalho de *igual para igual*³⁷ no desenvolvimento, implementação e divulgação de uma investigação que seja relevante para essa mesma comunidade (Isreal, 2000) (Figura IV.4.1).

Assim enquadrado, o estudo faz recurso a medidas estatísticas descritivas e inferenciais, sem prejuízo de um importante contexto exploratório e da participação comunitária no seu desenvolvimento, adoptando, predominantemente, os contornos típicos de um estudo de caso.

A proposta pretende aproximar o estudo, que se pretende científica e academicamente relevante, da realidade de uma comunidade, com as suas características sociais e culturais específicas e as suas necessidades, conferindo-lhe também uma relevância política³⁸. Introduce-se, assim, uma componente de investigação de translação³⁹ (*Health Cluster Net*, 2009), importante para o sucesso das intervenções em promoção da saúde mental.

A capacidade de aproximar investigação e conhecimento científico das necessidades sentidas no desenvolvimento de políticas e programas de intervenção comunitária (pelos gestores comunitários e pela própria comunidade) é uma necessidade

³⁷ O respeito e a abertura entre os diferentes elementos do processo são caraterísticas centrais do processo de IPBC.

³⁸ O termo *político* é aqui utilizado como sinónimo de *policies*.

³⁹ Investigação de translação consiste em, com base na informação que vem dos utentes/cidadãos, solicitar às instituições de investigação que desenvolvam determinados temas para depois serem transformados em produtos e serviços que sirvam as necessidades dos próprios utentes/cidadãos (Health Cluster net, 2009).

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

incontornável para o sucesso e a adequação das intervenções em promoção da saúde, também para garantir o melhor custo-efetividade possível, aspeto particularmente relevante em promoção da saúde, particularmente, na situação socioeconómica em que as nossas comunidades se encontram (figura II.4.1).

Figura II.4.1: As sinergias da investigação de translação



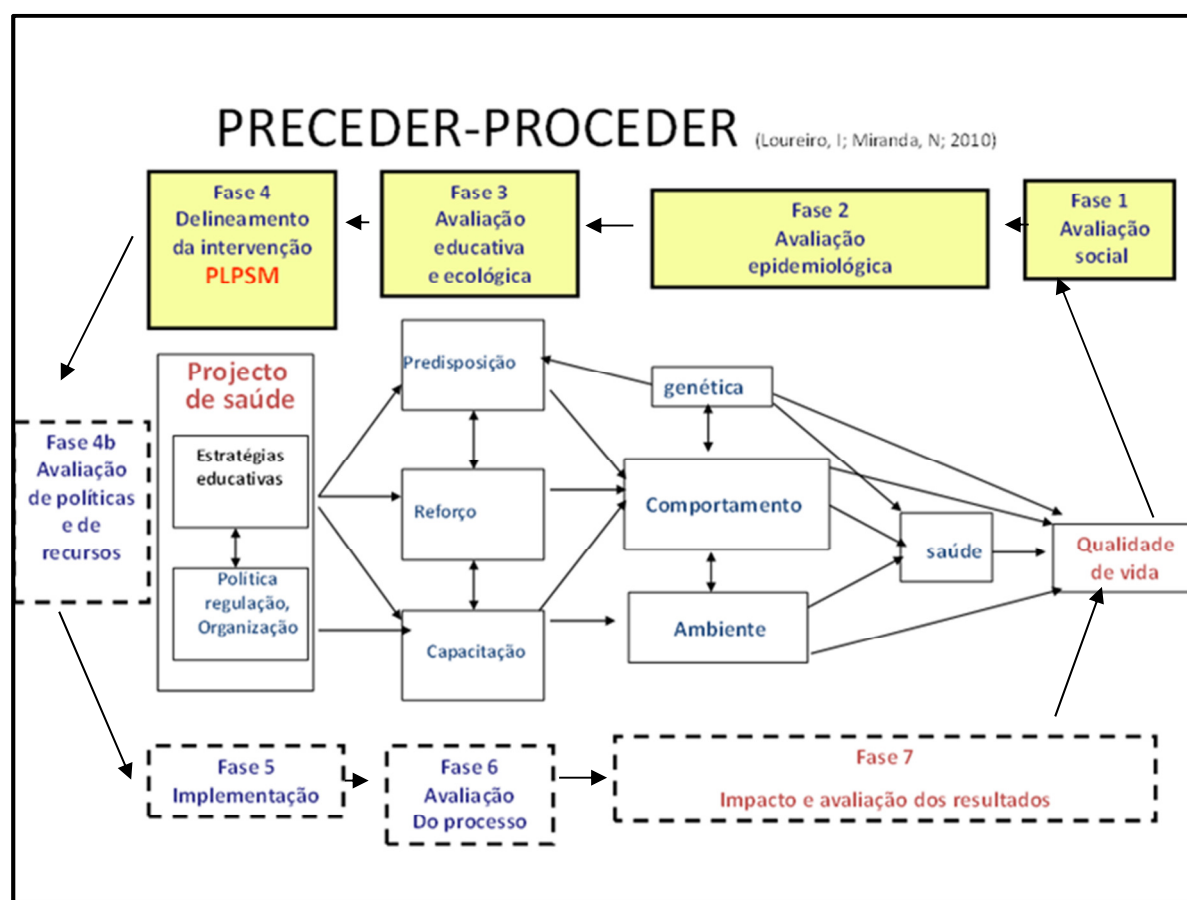
Fonte: Adaptado de Nicolaidis *et al* (2011)

O Modelo *PRECEDER* / *PROCEDER* (Loureiro & Miranda, 2010), já referenciado em documentos do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (Loureiro *et al*, 2011), é um modelo de planeamento que apoia o desenvolvimento participado de programas de promoção da saúde (Green & Marshall, 2005; Minkler & Wallerstein, 2008). O seu princípio fundamental é que a mudança de comportamentos em saúde mais duradoura, e portanto com um melhor custo-efetividade, é de natureza voluntária, envolvendo ativamente os indivíduos e as comunidades no processo de mudança. No modelo que se baseia no conceito de capacitação⁴⁰ lançado em 1986 pela Carta de

⁴⁰ Empowerment.

Otava (WHO, 1986), é imprescindível que haja participação do(s) indivíduo(s) (*capacitação individual*) e da comunidade (*capacitação comunitária*) no processo. Este princípio é refletido num planeamento sistemático, participado e sistémico, em que a compreensão, motivação, competências e recursos (individuais e comunitários) (Antonovsky, 1993a) habilitam para uma participação efetiva nos assuntos da comunidade, numa perspectiva de melhoria da sua qualidade de vida (figura II.4.2).

Figura II.4.2: Enquadramento do estudo no modelo PRECEDER / PROCEDER



Fonte: Adaptado de Loureiro & Miranda (2010)

Existe evidência significativa de que a mudança de comportamento é mais provável e duradoura (efetiva e sustentada) quando as pessoas têm uma participação ativa nas decisões sobre o assunto (Minkler & Wallerstein, 2008; Loureiro & Miranda, 2010). Em complemento, as pessoas fazem escolhas saudáveis mais facilmente quando existem

políticas e ambientes que facilitam esse comportamento. Daqui a importância do envolvimento, desde o minuto inicial do planeamento, à implementação do plano, monitorização e avaliação do impacto em saúde das intervenções delineadas, das autoridades locais e governamentais (autarquias, administrações regionais, ACES, agrupamentos de escolas, forças de segurança) e também de estruturas não-governamentais (associações locais e regionais, Instituições Particulares de Solidariedade Social), bem como um envolvimento efetivo do tecido económico e produtivo da região.

A figura II.4.2 representa o enquadramento do estudo no modelo PRECEDER / PROCEDER. O estudo aqui exposto apenas abrange as quatro primeiras fases do processo (1] avaliação social, 2] avaliação epidemiológica, 3] avaliação educativa e ecológica e 4] delineamento da intervenção - com contorno a cheio) propondo a intervenção necessária às restantes três fases (5] implementação, 6] avaliação do processo, 7] impacto e avaliação dos resultados – com contorno a tracejado).

4.1. PROCEDIMENTOS PARTICIPADOS: A COMUNIDADE COMO CENTRO DA INTERVENÇÃO

A metodologia utilizada neste estudo exigiu, como observámos, um trabalho de construção e partilha com uma larga variedade de estruturas locais, governamentais e não-governamentais (Minkler & Wallenstein, 2008). O estudo foi planeado entre julho de 2006 e dezembro de 2007 com o objectivo de avançar para um trabalho de campo em 2008. Reconhecendo que em qualquer IPBC há que contar com um período de negociação longo e cheio de avanços e recuos, quando, em 2009, as condições para o desenvolvimento do trabalho estavam construídas, surgiu mais um período de espera. Desta vez a espera esteve relacionada com as eleições autárquicas que decorreram nesse ano (2009). Foi manifestado interesse pelo projeto, mas, argumentaram, o momento político não era o adequado considerando a possibilidade de mudança nas estruturas de gestão autárquica.

No final de 2009, ultrapassados os contratempos, reiniciámos os contatos. O interesse inicialmente manifestado por um dos contatos deixou de existir. Um pedido de ajuda de uma autarquia local (freguesia da área geográfica onde se tinham iniciado os contatos) para o desenvolvimento de um Plano Local de Promoção de Saúde Mental

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

veio dar forma ao arranque efetivo do estudo. Por esse motivo, o desenho inicialmente proposto, discutido e negociado teve de ser revisto e adaptado, garantindo o respeito pelos princípios gerais em que se baseava.

Estava identificada a *porta de entrada* e construídas as condições essenciais para o início do processo. O primeiro passo no terreno deste longo processo participativo envolveu organizações governamentais, organizações não-governamentais e a comunidade em geral, e iniciou-se pela *avaliação social*, em que se identificaram os problemas sociais que influenciam a saúde mental e as prioridades dos indivíduos e da população urbana em estudo (o desemprego, os estilos de vida, o sentimento de segurança, a urbanização, a coesão social, a qualidade de vida, entre outros). Neste contexto, a Rede Social⁴¹ desempenha uma importante função. Baseado neste pressuposto, o centro da intervenção foi o *Núcleo Executivo da Comissão Social da Freguesia de Amora* (NECSFA). Este diagnóstico local implicou, para cumprimento dos seus objectivos no âmbito de um planeamento em Promoção da Saúde Mental, a aplicação de várias premissas descritas no quadro II.4.1.

Quadro II.4.1: Premissas para o diagnóstico social e passos no âmbito do PLPSMA

(continua na página seguinte)

Premissas para o diagnóstico social		Passos no desenvolvimento do PLPSMA
1	Identificar uma porta de entrada na comunidade	Foi através da própria Junta de Freguesia e do NECSFA que se iniciou o processo de IPBC.
2	Identificar apoios locais	Os apoios locais foram identificados a partir do plenário da CSFA.
3	Estabelecer parcerias	A parceria foi estabelecida com organizações e com indivíduos: Várias estruturas governamentais e não-governamentais participaram ativamente no processo. 42 Entrevistadores foram formados e participaram nas 720 entrevistas realizadas nas 6 semanas de recolha de dados.
4	Identificar líderes e representantes	Os elementos constituintes do NECSFA foram identificados como líderes e representantes da comunidade (...)
5	Recolher dados	Indicadores selecionados e operacionalizados com a participação ativa do NECSFA. Dados recolhidos em documentos oficiais dos diferentes níveis NUTS da área em estudo. 2 Questionários colocados <i>on-line</i> para recolha de dados junto dos estratos <i>Professores e Técnicos Superiores de Serviço Social</i> . 42 Entrevistadores participaram nas 720 entrevistas realizadas nas 6 semanas de recolha de dados.

⁴¹ A rede social, da iniciativa da Segurança Social, é um fórum de articulação e congregação de esforços e baseia-se na adesão livre por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que nela queiram participar. A rede social deverá, no entanto, assumir uma postura activa de ir ao encontro das diferentes entidades que actuam no domínio social, suscitando a sua participação.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

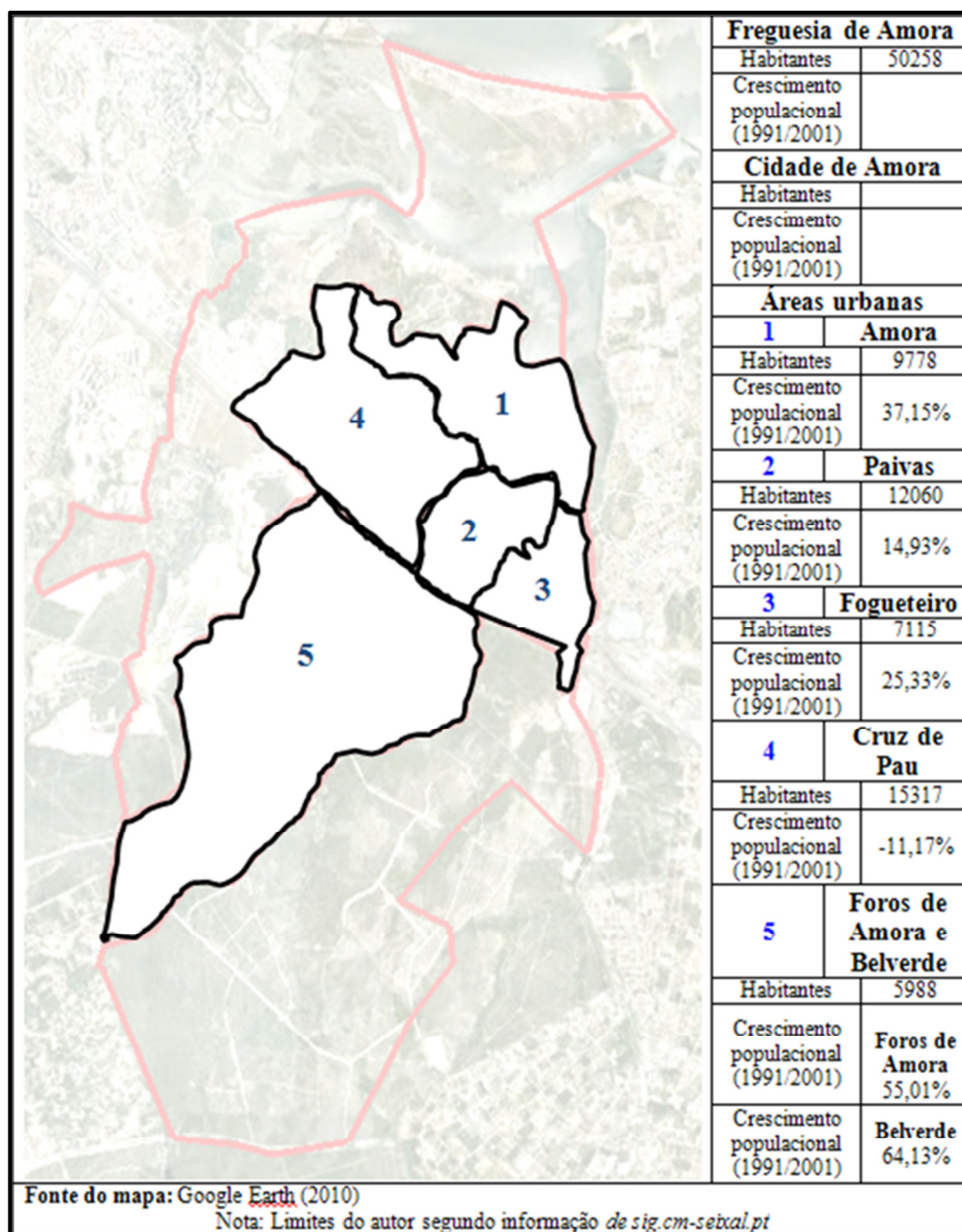
6	Executar a análise	Uma primeira reunião de avaliação preliminar foi realizada em Abril de 2011. O PLPSMA foi discutido a 16 novembro 2011 com o NECSFA e com o plenário da CSFA.
7	Produzir relatório e preparar o seguimento, através de encontros abertos	Elaborado relatório final e apresentado ao governo local. Definida estratégia de desenvolvimento do PLPSMA
8	Compreender o contexto económico e socio-político	Eixos de análise: Questionário população Acordo Portugal-UE-FMI Reuniões com o NECSFA

No respeito por estas premissas, o diagnóstico social foi baseado: 1) na participação dos profissionais envolvidos e da comunidade; 2) na manutenção do foco na finalidade; 3) na preocupação com as interligações; 4) na identificação de temas relacionados com a teoria e com a investigação; 5) na promoção da confiança e 6) na focalização nos indicadores sociais, económicos e educativos (Loureiro & Miranda, 2010).

4.2. DELIMITAÇÃO E CARATERIZAÇÃO DAS ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Para retratar mais fielmente as necessidades de saúde identificadas e, desta forma, permitir um foco específico nos diferentes locais da cidade em estudo, foi efectuada uma divisão do espaço por *áreas urbanas*, num trabalho partilhado com o NECSFA. De uma proposta inicial de 8 áreas urbanas, analisadas com recursos a dados estatísticos e de organização do território (INE, 2001; ANMP, 2009; CMS, 2009), e após uma análise do território geográfico com recurso á ferramenta *@Google Earth*, concluiu-se pela melhor adequação de uma divisão em cinco áreas urbanas, considerando as diferenças sociodemográficas e históricas de cada uma. O resultado final pode ser observado na figura II.4.3. Considerando os objectivos do estudo e as necessidades expressas pelas estruturas comunitárias envolvidas, e ouvidos o NECSFA e a CSFA, o estudo foi desenvolvido considerando as áreas urbanas: 1) *Amora*, 2) *Paivas*, 3) *Fogueteiro*, 4) *Cruz de Pau* e 5) *Foros de Amora e Belverde*.

Figura II.4.3: Breve caracterização das áreas urbanas em estudo



4.3. SELEÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS: UM PROCESSO PARTICIPADO

Ainda numa fase de diagnóstico interessou igualmente proceder a uma *avaliação epidemiológica*, em que se determinaram os problemas de saúde (a morbilidade, os fatores de risco e os fatores protetores). O diagnóstico epidemiológico procurou

identificar todos os fatores, de risco ou protetores, que pudessem contribuir ou interagir com os problemas sociais reconhecidos no diagnóstico social. Foram utilizadas *medidas de saúde e doença*.

Esta visão inicial do diagnóstico social e epidemiológico foi reforçada com uma *avaliação dos ambientes e dos contextos e a sua relação com os comportamentos*, que procurou identificar as práticas de saúde relacionadas com os problemas de saúde – aquilo a que Green & Kreuter (2005) denominam *de indicadores vitais* (as ações preventivas, a utilização e o acesso aos serviços de saúde, o autocuidado, os estilos de vida, os aspectos económicos e familiares, as condições de habitação, o mercado de trabalho, o espaço urbano e o ambiente escolar e laboral). Este diagnóstico comportamental apontou a três frentes: o individual (alimentação, atividade física, amamentação, consumo de medicamentos, participação social, vida profissional); o organizacional (formas de interação entre os profissionais e sectores que influenciam a saúde dos outros no seio do ambiente circundante com especial relevo para a estrutura física, o ambiente escolar e o trabalho social desenvolvido na comunidade em estudo); e o político (ações que podem influenciar o ambiente físico, social ou político: planeamento urbano, incluindo espaços verdes, criação de ambientes seguros e agradáveis e promoção da saúde nos locais de trabalho e em meio escolar).

Desta forma, o estudo incorpora variáveis relativas à caracterização do espaço urbano, recorrendo ao trabalho desenvolvido por Ozamiz *et al* (2006) - o *Questionário de Indicadores Estruturais de Saúde Mental* (MMHE-31) (Anexo VII), cuja tradução para português foi promovida no âmbito do desenvolvimento do PLPSMA. Alguns dos dados relativos aos indicadores considerados no MMHE-31 foram recolhidos através dos dois questionários aplicados através de um preenchimento *on-line* – dirigidos aos *clusters Professores* (Anexo III) e *Técnicos Superiores de Serviço Social* (Anexo IV). Para o efeito procedemos a um contrato de serviços com a *SurveyMonkey*® (Anexo XI). Os restantes dados foram recolhidos utilizando materiais do Instituto Nacional de Estatística, da Câmara Municipal do Seixal e do ACES Seixal/Sesimbra e das estruturas escolares em funcionamento na cidade em estudo.

Para a recolha de dados à população através de entrevista (formulário 1) foi desenhada a seguinte estrutura:

Um quadro relativo a *variáveis de natureza sociodemográfica* que inclui a zona urbana onde vive e o *índice socioeconómico* (Nunes, 2008);

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

Um quadro afecto ao *suporte social*, utilizando para o efeito a *Oslo Social Support Scale* - OSS 3 - (Brevik & Dalgard, 1996), traduzida e validada para a população portuguesa no âmbito deste estudo;

Um conjunto relativo a medidas de saúde mental incluindo o *Inventário de Saúde Mental* de 5 itens – MHI 5 (Pais Ribeiro, 1998), o *Questionário de Sentido de Coerência* (Antonovsky, 1993; versão portuguesa de Nunes, 1999), a *energia e vitalidade* (SF 36 – Pais Ribeiro, 2005) e o consumo de álcool (AUDIT-5 - Piccinelli et al, 1997).

Um conjunto relativo a comportamentos incluindo *hábitos alimentares*, *atividade física*, *consumo de álcool*, problemas de saúde (*doenças crónicas*), *consumo de medicamentos* e *participação social* (recorrendo a questões utilizadas no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 – INE, 2009).

Um conjunto dirigido a *pais há menos de 10 anos* (MMHE-31 de Ozamiz et al, 2006);

Um conjunto dirigido à *população ativa* (MMHE-31 de Ozamiz et al, 2006);

Um conjunto dirigido à *população sénior – maior de 65 anos* (MMHE-31 de Ozamiz et al, 2006).

Neste processo de trabalho participado com a comunidade, a seleção dos indicadores e a operacionalização das variáveis a considerar para o estudo foram discutidas e construídas com o NECSFA (Quadros II.4.2, II.4.3 e II.4.4).

Quadro II.4.2: Operacionalização das variáveis (indicadores estruturais MMHE-31)

(continua nas páginas seguintes)

Variável (definição conceptual)	Definição operacional	Fonte dos dados
Orçamento em Promoção da saúde mental (Percentagem do orçamento total da saúde dirigido à promoção da saúde mental)	Percentagem (%) do orçamento global da comunidade dirigido a ações/programas de promoção da saúde mental, por lugar da freguesia de Amora	Orçamento da CMS 2011 Orçamento JFA 2011
Cooperação intersectorial (Quantidade de situações de cooperação intersectorial entre os cuidados de saúde, a segurança social, o sistema educativo, os cuidados à pessoa em situação de deficiência, as forças policiais, o sistema judicial e os cuidados à juventude)	Frequência (nº/%) de situações de cooperação intersectorial	Plano educativo CMS Diagnóstico Social CMS
Formação em saúde mental das áreas do serviço social e da educação (Inclusão de temáticas relacionadas com a saúde mental nos currículos de formação)	Frequência (nº/%) de docentes com inclusão de temáticas relacionadas com a saúde mental no seu curriculum académico por estabelecimento de ensino	Questionário 2: Professores

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

de profissionais da educação e serviço social)	Frequência (nº/%) de Técnicos Superiores de serviço social com inclusão de temáticas relacionadas com a saúde mental no seu curriculum académico por área de intervenção	Questionário 3: Técnicos Superiores de Serviço social
Capacitação das mães após o parto (Mães que frequentam uma consulta após o parto para garantir que elas são capazes de satisfazer as necessidades básicas do bebé)	Frequência (nº/%) de agregados familiares com crianças com menos de 10 anos, em que a mãe frequentou a consulta após o parto para garantir que elas são capazes de satisfazer as necessidades básicas do bebé	Questionário 1: Formulário populacional (pais há menos de 10 anos)
	Porcentagem (nº/%) de mães que frequentam uma consulta após o parto para garantir que elas são capazes de satisfazer as necessidades básicas do bebé	Plano desempenho ACES 2011
Estruturas de apoio às crianças em idade pré-escolar (Acesso a serviços centrados na criança em idade pré-escolar)	Frequência (nº/%) de agregados familiares com crianças com menos de 10 anos que tiveram acesso a serviços centrados na criança em idade pré-escolar	Questionário 1: Formulário populacional (pais há menos de 10 anos)
	Frequência (nº/%) de estruturas centradas na criança em idade pré-escolar, por área de residência	Plano educativo da CMS
Promoção da saúde mental nas escolas (Escolas com atividades de promoção da saúde mental no seu currículo – combate ao bullying, combate ao estigma e discriminação, competências pessoais e sociais)	Frequência (nº/%) de escolas com atividades de promoção da saúde mental no seu currículo	Questionário 2: Professores
Aconselhamento a crianças em idade escolar (Escolas que disponibilizam aconselhamento e apoio emocional aos alunos)	Frequência (nº/%) de escolas que disponibilizam aconselhamento e apoio emocional aos alunos (psicologia escolar, serviços de ação social)	Questionário 2: Professores
Suporte em saúde mental nas escolas (Escolas que disponibilizam uma figura de referência aos alunos para apoio psicossocial)	Frequência (nº/%) de escolas que disponibilizam uma figura de referência (tutor) aos alunos para apoio psicossocial	Questionário 2: Professores
Programas de promoção da saúde mental no local de trabalho (Prevalência de programas para promover a saúde mental e abordar os factores de risco psicossociais no local de trabalho)	Frequência (nº/%) de participação em programas para promover a saúde mental e abordar os factores de risco psicossociais no local de trabalho (opinião do trabalhador)	Questionário 1: Formulário populacional (população ativa)
Satisfação com o ambiente de trabalho	Escala tipo Likert (1-5) (opinião do trabalhador)	Questionário 1: Formulário populacional (população ativa)
Programas de emprego apoiados (Existência e disseminação de programas apoiados de emprego para as pessoas com distúrbios mentais e de comportamento crónicos)	Frequência (nº/%) de programas apoiados de emprego para as pessoas com distúrbios mentais e de comportamento crónicos por área de residência	n.d.
Porcentagem de pessoas sem trabalho	Frequência (nº/%) de pessoas sem trabalho	Questionário 1: Formulário populacional
Estabilidade de emprego	Frequência (nº/%) de contratos sem termo	Questionário 1: Formulário populacional (população ativa)
Rendimento em situação de doença de longo prazo / deficiência (Como percentagem do rendimento médio)	Rendimento mensal (Euro) como percentagem do rendimento médio da população	Questionário 1: Formulário populacional
Legislação laboral em promoção da saúde mental	Frequência (nº/%) de empresas que desenvolve ações/programas de promoção	Questionário 1: Formulário

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

(Existência de promoção da saúde mental como parte integrante da legislação de saúde, higiene e segurança no trabalho)	da saúde mental no âmbito da SHST	populacional
Voluntariado (Pessoas que se voluntariam em organizações sem fins lucrativos e grupos comunitários)	Frequência (nº/%) de pessoas que se voluntariam em organizações sem fins lucrativos e grupos comunitários	Questionário 1: Formulário populacional
Suporte social (Disponibilidade percebida de pessoas em que se confia e que proporcionam um sentimento de cuidado e valorização como pessoa)	Suporte social: OSS -3 (Brevik & Dalgard, 1996) Tradução e adaptação (Gomes, 2011) 3 a 8: Suporte social pobre 9 a 11: suporte social intermédio 12 a 14: Suporte social forte	Questionário 1: Formulário populacional
Grupos de autoajuda (Grupos de autoajuda para lidar com adversidades e situações transitórias)	Frequência (nº/%) de pessoas que participam (participaram) em grupos de autoajuda nos últimos 3 anos.	Questionário 1: Formulário populacional
Estigmatização da doença mental (Conhecimento e atitude da sociedade em relação à saúde mental)	Distância social de Bogardus (1925) ... Doente mental	Questionário 1: Formulário populacional
Diversidade e tolerância (Respeito pela diversidade e tolerância)	Distância social de Bogardus (1925) ... Estrangeiro ... “Cor da pele” diferente	Questionário 1: Formulário populacional
Pobreza (População que vive em situação de pobreza)	Frequência (nº/%) de pessoas com rendimento inferior a 60% do rendimento médio da população (500 Euro)	Questionário 1: Formulário populacional
Direitos humanos Desenvolvimento local dos direitos do Homem	(...)	Diagnóstico social do Seixal (2006)
Inclusão social Existência de legislação e/ou de políticas que promovam a inclusão social.	Frequência (nº/%) de ações/programas para a promoção da inclusão social, por área de residência	Questionário 3: Técnicos Superiores de serviço social
Segurança Promoção da segurança em populações vulneráveis. Programas de intervenção local	Sentimento de segurança (Lickert 1 a 5)	Questionário 1: Formulário populacional
	Frequência (nº/%) de ações/programas para a promoção da segurança nas populações, por área de residência	Diagnóstico social do Seixal (2006)
Espaços verdes Espaços verdes com acesso público.	Área (Hectares) de espaços verdes com acesso público por área de residência	CMS (2011)
Atividade desportiva Frequência de participação em atividades desportivas	Nº de horas de atividade física por semana	Questionário 1: Formulário populacional
	Frequência (nº/%) de desportistas federados	Questionário 1: Formulário populacional
	Frequência (nº/%) de instalações desportivas com acesso público, por área de residência	Junta de Freguesia de Amora
Acesso a clubes sociais e centros para idosos;	Frequência (nº/%) de idosos que frequentam clubes sociais e centros de dia	Questionário 1: Formulário populacional (Mais de 65 anos)
	Frequência (nº) de instalações dirigidas a idosos, por área de residência	Junta de Freguesia de Amora
Percentagem de pessoas com mais de 65 anos envolvidos em formação ou educação	Frequência (nº/%) de idosos que estão envolvidos em formação e/ou educação	Questionário 1: Formulário populacional (Mais de 65 anos)
	Frequência (nº/%) de instituições dirigidas á formação/educação dos idosos, por área de residência	Junta de Freguesia de Amora

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

Acesso a visitas domiciliárias como medida de suporte para as pessoas idosas	Frequência (nº/%) de pessoas com mais de 65 anos abrangidas por visitas domiciliárias (Apoio domiciliário), por área de residência	Questionário 1: Formulário populacional (Maiores de 65 anos)
	Frequência (nº/%) de pessoas com mais de 65 anos abrangidas por visitas domiciliárias (saúde), por área de residência	ACES Seixal/Sesimbra
Pensões de reforma adequadas Média das pensões de reforma em relação ao rendimento médio da população	Percentagem (%) do rendimento (Euro) em relação ao rendimento médio da população	Questionário 1: Formulário populacional (mais de 65 anos)
Percentagem de famílias nucleares que incluem pessoas idosas	Frequência (nº/%) de agregados familiares que incluem pessoas idosas	Questionário 1: Formulário populacional

n.d.: não disponível

Quadro II.4.3: Operacionalização das variáveis relacionadas com a saúde mental

Variável (definição conceptual)	Definição operacional	Fonte dos dados
Saúde mental	MHI 5 (Tradução e adaptação de Pais Ribeiro, 1998) (0 a 100) Ponto de corte: 52 (0-100), sendo os valores abaixo de 52 considerado <i>má</i> saúde mental.	Questionário 1: Entrevista populacional
Energia e vitalidade	EVI (in SF 36 Tradução e adaptação de Pais Ribeiro, 2005)	Questionário 1: Entrevista populacional
Sentido de Coerência	SOC 13 itens (Tradução e adaptação de Saboga Nunes, 1999) (13 a 91)	Questionário 1: Entrevista populacional
Alcohol Use Disorders Identification Test	AUDIT 5 (Piccinelli <i>et al.</i> , 1997) (0 a 20) Acima de 5: consumo abusivo de álcool.	Questionário 1: Entrevista populacional

A opção por instrumentos simples e de reduzida dimensão foi um importante processo discutido com a comunidade envolvida na IPBC. Procurava-se um instrumento de colheita de dados suficientemente abrangente para responder às necessidades do estudo, enquadrado no trabalho de Lavikainen; Fryers & Lehtinen (2006), mas que, simultaneamente, não pusesse em causa o trabalho de campo dos entrevistadores pela sua exagerada dimensão. Neste sentido, alguns instrumentos inicialmente propostos, decorrentes da pesquisa bibliográfica efetuada, foram retirados ou substituídos em consequência do debate efectuado com o NECSFA e a CSFA (por exemplo a substituição do instrumento usado na avaliação do *suporte social*). Outros foram incluídos a pedido das estruturas locais parceiras da IPBC (caso das questões relativas aos *alimentos ingeridos no dia anterior à entrevista*, às *doenças crónicas* e ao *consumo de álcool*).

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos**Quadro II.4.4: Operacionalização das variáveis relacionadas com dados sociodemográficos e estilos de vida**

Variável (definição conceptual)	Definição operacional	Fonte dos dados
Lugar de residência	Amora Cruz de pau Fogueteiro Foros de Amora e Belverde Paivas	Questionário 1: Entrevista populacional
Índice socioeconómico	SES (<i>Socioeconomic Scale</i>) de Nunes (2008) (1-82) 1 a 49=nível alto 49 a 65=Nível médio 65 a 82=Nível baixo Nota: <i>Escala invertida</i>	Questionário 1: Entrevista populacional
Autoapreciação do estado de saúde	Questão do Inquérito Nacional de saúde 2005/2006	Questionário 1: Entrevista populacional
Autoapreciação da qualidade de vida	Questão do Inquérito Nacional de saúde 2005/2006	Questionário 1: Entrevista populacional
Incapacidade de longa duração (% de incapacidade)	Questão do Inquérito Nacional de saúde 2005/2006	Questionário 1: Entrevista populacional
Toma de medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista	Questão do Inquérito Nacional de saúde 2005/2006	Questionário 1: Entrevista populacional
Prescrição médica dos medicamentos	Questão do Inquérito Nacional de saúde 2005/2006	Questionário 1: Entrevista populacional
Doença crónica existente	Questão do Inquérito Nacional de saúde 2005/2006	Questionário 1: Entrevista populacional
Incapacidade temporária ou alteração ao estado de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista	Questão do Inquérito Nacional de saúde 2005/2006	Questionário 1: Entrevista populacional
Alimentos consumidos no dia anterior	Questão do Inquérito Nacional de saúde 2005/2006	Questionário 1: Entrevista populacional
Índice de Massa Corporal	Peso (Kg)/Altura (cm) ²	Questionário 1: Entrevista populacional

4.4. POPULAÇÕES E AMOSTRAS

A população considerada para efeito do estudo é constituída pelos habitantes de uma cidade de média dimensão da área metropolitana de Lisboa⁴². A opção para a

⁴² Nos termos da Lei 46/2008, de 27 de Agosto, a Área Metropolitana de Lisboa (AML) é uma pessoa colectiva de direito público que constitui uma forma específica de associação dos municípios abrangidos pelas unidades territoriais definidas com base nas NUTS III da *Grande Lisboa* e da *Península de Setúbal*.

localização da cidade referenciada situa-se na região de Lisboa (NUTS II⁴³), Península de Setúbal (NUTS III), e responde a um pedido de apoio do governo local (Junta de Freguesia – NUTS V) no desenvolvimento de um plano local de promoção da saúde mental.

Como referido, a primeira fase centrou-se num trabalho com o NESCFA, envolvendo membros da rede social (CSFA) existente na cidade. Numa segunda fase, fizemo-lo com uma amostra populacional, que integrou indivíduos, de ambos os sexos, a residirem há pelo menos 2 anos na cidade, maiores de 18 anos, não portadores de patologia psiquiátrica diagnosticada, com recurso a uma técnica de amostragem não probabilística por *bola de neve* – *snow sampling*, (Coutinho, 2011) partindo de 42 entrevistadores (Anexo V) previamente formados, que aceitaram e assinaram consentimento informado para a participação.

Os entrevistadores participaram de forma voluntária no estudo, sendo sujeitos a uma formação de curta duração (4 horas) em dois grupos de trabalho: O primeiro apoiado pelo *Centro de Assistência Paroquial* local (CAPA) e o segundo pela *Junta de Freguesia* local (JFA). Foi igualmente construído e distribuído um glossário de apoio, com os conceitos e princípios fundamentais relacionados com a promoção da saúde mental em espaço urbano (Anexo VI).

No total participaram na formação 42 voluntários com uma média de idades de 40,8 anos ($\bar{x} = 14,103$), englobando indivíduos dos 18 aos 69 anos, maioritariamente do sexo feminino (83,33%), com formação superior⁴⁴ (26,19%) e apresentando variadas atividades profissionais (Quadro II.4.5).

A circunstância específica dos sujeitos da amostra se integrarem em grupos naturais, ou seja, em diferentes áreas do espaço urbano em estudo, cada um com a sua organização por áreas de residência distinta, determinou a opção por uma amostragem em *bola de neve estratificada* (pelas cinco áreas de residência previamente definidas), considerando também a necessidade de se dispor de uma amostra de habitantes verdadeiramente heterogénea, sobretudo em termos de representatividade da maior diversidade possível de filiações socioeconómicas (Heckathorn, 2002). A cada elemento da amostra foi atribuído um código de residência de forma a permitir a comparação dos dados colhidos com as características

⁴³ Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas ou NUTS (do francês *nomenclature commune des unités territoriales statistiques*) é uma nomenclatura que define sub-regiões estatísticas em que se divide o território dos Estados-Membros da União Europeia.

⁴⁴ Considerou-se formação superior as habilitações académicas ao nível do bacharelato, Licenciatura e Mestrado.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

observadas na comunidade onde se inserem (das cinco áreas urbanas definidas com a participação do NECSFA). Foi garantida a confidencialidade dos dados e solicitado consentimento informado a todos os entrevistados.

Quadro II.4.5: Caracterização dos entrevistadores

Idade	$\mu = 40,8$; $\delta = 14,103$ (18-69)		
		n	%
Sexo	Masculino	7	16,67
	Feminino	35	83,33
Habilitações	Básico	4	9,52
	Secundário	10	23,81
	Superior	11	26,19
	Não responde	17	40,48
Profissão	Técnico Superior de Serviço Social	3	7,14
	Ajudante de Ação Direta	4	9,52
	Professor	2	4,76
	Psicólogo	3	7,14
	PSP	2	4,76
	Bombeiro	2	4,76
	Enfermeiro	2	4,76
	Administrativo	2	4,76
	Reformado	2	4,76
	Outros	2	4,76
	Não responde	17	40,48

Foram ainda considerados atores centrais os *Professores* (população 2) e os *TSSS* (população 3) que exercem a sua atividade na área urbana em estudo (independentemente da sua área de residência) pela sua importância nos processos de promoção de saúde mental numa base comunitária (Lehtinen, 2008). A informação prévia que suportou a constituição dos dois grupos foi obtida nos anuários estatísticos do Instituto Nacional de Estatística e junto das estruturas comunitárias da cidade selecionada (agrupamentos de escola e CSFA) e discutida e analisada em reunião do NECSFA. Foram considerados população 2 e 3, respetivamente, a totalidade dos professores (897) e dos TSSS (12), questionados, como já observado, com recurso a questionários *on-line*.

Com recurso à metodologia referenciada, recolheram-se 720 formulários junto da população, dos quais foram validados 697 (23 questionários foram anulados por preenchimento insuficiente ou por não respeitarem os critérios de inclusão delineados), 201 questionários de professores, dos quais foram validados 196 (5 questionários foram anulados por preenchimento insuficiente), e 12 questionários de

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Materiais e métodos

Técnicos Superiores de Serviço Social, que foram validados na totalidade (Quadro II.4.6).

Quadro II.4.6: Questionários/formulários recolhidos, anulados e validados

Instrumento de recolha de dados	População/estrato (N)	Recolhidos	Anulados	Válidos (% recolhidos)	% válidos em relação á população total
Instrumento 1 (Formulário populacional)	Comunidade (50258)	720	23	697 (96,8%)	1,4%
Instrumento 2 (Questionário <i>on-line</i>)	Professores (897)	201	5	196 (97,5%)	21,9%
Instrumento 3 (Questionário <i>on-line</i>)	Técnicos Superiores de Serviço Social (12)	12	0	12 (100,0%)	100,0%

4.5. A PRIMEIRA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

As três componentes do diagnóstico referidas anteriormente permitiram um momento de interpretação - a *avaliação educativa e ecológica* - que consistiu na identificação dos factores predisponentes (as atitudes, os valores, as crenças e as percepções), dos factores de reforço (os professores, os empregadores, os profissionais de saúde e os serviços sociais), e o aumento da percepção da autoeficácia e dos factores capacitantes (a existência de recursos comunitários, a acessibilidade a serviços e informação, as competências, a escolaridade e o ambiente urbano) existentes na comunidade em estudo.

O delineamento da intervenção política, neste caso o desenho do *Plano Local de Promoção da Saúde Mental de Amora* (PLPSMA) propriamente dito, consistiu em 1) listar riscos ou benefícios deste espaço urbano para a saúde mental; 2) ordenar comportamentos e os diferentes elementos segundo a importância para saúde mental; 3) ordenar comportamentos e os diferentes elementos da estrutura urbana segundo a susceptibilidade à mudança; 4) escolher metas para a mudança de comportamentos e a reorganização do espaço urbano; e 5) estabelecer objectivos comportamentais e de reorganização do espaço urbano com apoio e reforço de medidas políticas que garantam o melhor nível de saúde mental da comunidade.

Um trabalho em promoção da saúde de base local e regional não pode deixar de exigir uma *avaliação política e administrativa*. O planeamento em promoção da saúde deve incluir: 1) um olhar para os aspectos políticos e administrativos da comunidade local e/ou regional antes da implementação da ação, de forma a garantir o sucesso da mesma; 2) um olhar para as barreiras organizacionais que afectam a aplicação do programa, de forma a garantir a sua exequibilidade e 3) um olhar para as políticas que apoiam o programa e para aquelas que precisam de ser mudadas, criando uma estrutura de suporte que seja efetivamente promotora da execução das estratégias de promoção da saúde, também do ponto de vista político e organizacional a nível local e regional. Foi nesse sentido que o PLPSMA foi apresentado ao NESCFA e ao plenário da CSFA. A apreciação do PLPSMA corresponde ao *términos* destes estudo, mas não ao final da IPBC, que, por definição, é cíclica e continuamente adaptada à *sua* comunidade (Minkler & Wallerstein, 2008). A *implementação do Programa* irá suceder à rigorosa estruturação das ações que se deseja levar a cabo, garantindo um orçamento que garanta a viabilidade dessas ações, bem como a organização e a execução das ações de formação necessárias ao sucesso das intervenções e a um plano de monitorização e de garantia da qualidade. Este último permitirá a necessária *avaliação do processo*. Neste interessa realçar, entre outros aspectos, de que forma os *fregueses* irão participar no planeamento (orçamento municipal participativo ou colaboração na gestão do espaço público por associações de moradores, por exemplo) no delineamento das ações a tomar, bem como nas decisões adequadas à promoção da sua saúde e da saúde da comunidade que os envolve.

O sucesso de uma intervenção em promoção da saúde só acontece numa perspetiva de médio e longo prazo, reconhecendo que as mudanças culturais se desenvolvem ao longo de um período extenso e através de mecanismos de reforço (onde os recursos comunitários representam uma importante função). Tal requer uma boa liderança para a ação e uma organização que seja reflexiva e que, acima de tudo, valorize a qualidade. Por motivos relacionados com as limitações deste estudo (temporais e financeiras) a sua ação apenas se refere à primeira parte do processo de IPBC (delineamento da intervenção).

4.6. MÉTODO DE PROCEDIMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram efectuadas análises visando testar os objectivos do estudo, mediante recurso a métodos descritivos e inferenciais orientados para a obtenção de medidas de frequência, tendência central, variabilidade e associação.

As variáveis do estudo foram objecto de análises descritivas, procurando-se obter resumos das distribuições. No âmbito dos procedimentos descritivos, determinaram-se as frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (a *moda*, a *média* e a *mediana*), e medidas de dispersão (o *desvio padrão* e *valores mínimos e máximos* e respectivo *coeficiente de variação*) para todas as variáveis observadas tendo em conta as características de cada uma (quantitativas, ordinais ou nominais). Analisou-se igualmente a normalidade da distribuição das variáveis quantitativas e ordinais com recurso ao *teste de Kolmogorov-Smirnov*. Em termos de procedimentos inferenciais, foi privilegiado o recurso à análise estatística de relação entre variáveis, nomeadamente, entre as variáveis sociodemográficas e o nível de saúde mental, assim como entre estas e o suporte social e as características do espaço urbano, nas suas múltiplas dimensões. Para o efeito, e considerando a não normalidade da distribuição das variáveis em estudo (Anexo A.9.1) a procura de relação entre as variáveis em estudo fez-se através de análise de correlação bivariada, calculando-se, para o efeito, os coeficientes de correlação de *Spearman*, ou através da análise da diferença de ordenações médias (*U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*), consoante as características das variáveis em estudo.

Foram reavaliadas as qualidades psicométricas dos instrumentos de medição utilizados, aproveitando-se a dimensão da amostra alcançada. Para o efeito, procedeu-se ao cálculo da consistência interna com base nas fixações da média e do desvio-padrão dos itens, do coeficiente de homogeneidade *alfa de Cronbach* (α) para cada escala, da correlação corrigida *item-escala* e das correlações entre itens no seio de cada escala.

Finalmente procedeu-se ao cálculo da *regressão logística múltipla*, com recurso ao método *stepwise* com vista ao desenvolvimento de um modelo preditivo da saúde mental, considerando as características do espaço urbano em estudo (nas suas diferentes componentes).

Visando a efetivação de todas as provas estatísticas atrás referenciadas foram utilizados os procedimentos respectivos do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 19.0 para Windows.

4.7. ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

No desenvolvimento do estudo houve necessidade de considerar a utilização de 6 instrumentos na população portuguesa: o *Oslo Social Support Scale (OSS-3)*, o *índice socioeconómico (SES)*, o *Energy and Vitality scale (EVI)*, o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT de 5 itens)*, o *Sentido de coerência (SoC)* e o *Inventário de Saúde Mental (MHI de 5 itens)*.

A opção por estes instrumentos resultou do interesse em procurar a utilização de instrumentos relacionados com a saúde mental aconselhados pelo MINDFUL (Lavikainen; Fryers & Lehtinen, 2006) (no caso da OSS-3, do EVI, do AUDIT e do MHI-5) de forma a possibilitar a comparação de resultados no espaço europeu, e de testar um instrumento de avaliação do nível socioeconómico que incluísse diferentes componentes potencialmente relacionadas com a saúde mental na sua composição (no caso do SES).

4.7.1. A escala OSS-3

A escala OSS-3 é o resultado de análises estatísticas de uma amostra total de 1.717 adultos acima de 17 anos de idade oriundos de diferentes tipos de bairros noruegueses (suburbano, industrial, rural e costeiro). Os dados foram recolhidos por meio de questionários postais como parte de pesquisas de perfil de saúde com foco na saúde mental e variáveis psicossociais. A taxa de resposta foi 60 a 75%. Como medida de saúde mental foi utilizado o *Hopkins Symptom Check List (HSCL)* de 25 itens (Derogatis *et al*, 1974). Como medida de apoio social percebido foram usadas 12 perguntas referentes à família, aos amigos e à vizinhança. Através de análise factorial foram identificados 2 factores: 1) *vizinhança* e 2) *família/amigos*.

Para identificar os itens únicos que explicavam a maior parte da variação no HSCL-25, foi efectuada uma análise de regressão linear múltipla. No fator *vizinhança*, o único

item a ser significativamente associado com o HSCL-25 foi: *Com que facilidade tem ajuda dos seus vizinhos se precisar?* (com as possibilidades de resposta de *Muito fácil* (5), *fácil* (4), *possível* (3), *difícil* (2), *muito difícil* (1)).

No fator *família/amigos* os dois itens que foram significativamente associados com HSCL-25 foram: 1) *Quantas pessoas são tão próximas de si que pode contar com elas se tiver problemas?* (com as possibilidades de resposta de: *Nenhuma* (1), *1-2* (2), *3-5* (3), *5 +* (4)) e 2) *Que interesse as pessoas demonstram pelo que faz?* (com as possibilidades de resposta de: *Muito* (5), *algum* (4), *incerto* (3), *pouco* (2), *nenhum* (1)).

Estes três itens foram considerados os melhores indicadores de saúde mental, abrangendo diversas áreas de apoio social, e foram reunidos num índice composto de apoio social. A soma do índice pode também ser feita pela soma dos valores brutos, variando entre 3 e 14. A pontuação de 3 a 8 corresponde a um *suporte social pobre*, 9 a 11 a um *suporte social moderado* e 12 a 14 a um *suporte social forte*. Segundo os autores originais podem igualmente ser utilizados os itens individuais. A escala OSS-3 tem sido usada em vários estudos, confirmando a viabilidade e validade preditiva em relação ao sofrimento psíquico (Brevik & Dalgard, 1996).

A equivalência psicométrica corresponde à validação propriamente dita do instrumento e refere-se ao grau ou extensão em que as propriedades psicométricas das versões do mesmo instrumento são semelhantes. Assim, para se avaliar as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida, é necessário efetuar estudos de fidelidade e validade que, no seu conjunto, indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar (Fortin, 2009).

Polit & Hungler (1995) referem que a fidelidade e a validade de um instrumento não são completamente independentes, acrescentando que um instrumento que não seja fiável, não será possivelmente válido. No entanto, um instrumento pode ser fiável sem ser válido, o que justifica a necessidade de se estudar ambas as características psicométricas (fidelidade e validade) para se demonstrar as qualidades psicométricas de um instrumento.

Pais Ribeiro (2008) refere que dois grandes tipos de propriedades métricas se têm distinguido nos testes psicológicos: a fidelidade e a validade. A psicologia desenvolveu técnicas para garantir as propriedades métricas na avaliação de características de personalidade que são únicas, dado debruçarem-se sobre variáveis subjetivas (leia-se variáveis avaliadas por palavras ou baseadas na opinião do respondente).

Dado que todos os tipos de fidelidade se interessam pelo grau de consistência ou concordância entre dois conjuntos de notas interdependentes, eles expressam-se por um coeficiente de correlação (Pais Ribeiro, 2008). Podem ser identificados os seguintes tipos de fidelidade num teste: Teste-reteste; Formas alternativas; Duas metades; Consistência interna ou *Alfa de Cronbach* (α) e Fidelidade de cotador.

Para Maroco & Garcia-Marques (2006) a fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável, acrescentando ainda que podemos aferir com maior ou menor grau de certeza uma vez que toda a medida é sujeita a erro.

Todas as técnicas de medida contêm uma parte de erro atribuível ao acaso. Deste modo, a fidelidade existe em graus variáveis e é expressa sob a forma de um *coeficiente de correlação* (r) variam de um mínimo de 0,00 (ausência de correlação) a um máximo de 1,00 (correlação perfeita). As diferentes formas de calcular a fidelidade fornecem informações relativamente à *performance* do instrumento e à sua capacidade de controlar o erro, que é expresso no coeficiente de fidelidade. Deste modo, quanto mais o coeficiente se aproxima de 1,00, o instrumento produz poucos erros e é considerado *altamente fiel*, pela mesma ordem de ideias o contrário também é verdadeiro, para a correlação que se aproxima de 0,00 (Fortin, 2009).

A determinação do coeficiente *alfa de Cronbach* (α) de todos os *itens* é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida (Hill e Hill, 2000; Pais Ribeiro, 2008). O índice α estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Esta propriedade é conhecida por consistência interna da escala, e assim, o α pode ser interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna que se obteriam, se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas (Cronbach, 1951 *cit in* Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Para Pais Ribeiro (2008) a consistência interna é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste, o que corresponde à homogeneidade do conjunto dos enunciados. Segundo alguns autores uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80, no entanto são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número muito baixo de *itens* (Hill e Hill, 2000; Marroco e Garcia-Marques, 2006; Pais Ribeiro, 2008).

Assim, a fidelidade da OSS-3 utilizado neste estudo foi estimada através do *alfa de Cronbach* (α) como medida de consistência interna.

O OSS-3 revelou ser um instrumento de medida do suporte social com alguma heterogeneidade. O quadro II.4.7 mostra a distribuição de respostas aos itens de cada escala (*média e desvio padrão*), e as correlações obtidas (*r item-total sem o próprio item*) e o valor total de *alfa de Cronbach* (α). O mesmo quadro mostra-nos ainda que as correlações obtidas entre cada item com a sua nota global quando o próprio item é excluído são positivas. Os valores do *alfa de Cronbach* são frágeis (abaixo de 0,60) mas estão em consonância com os valores identificados noutros estudos (Brevik & Dalgard, 1996). A curta dimensão da escala (3 itens) e a sua origem em fatores diferentes justificam estes valores frágeis, para além de um desenho dos itens com diferentes limites (1 a 5 para dois dos itens e 1 a 4 para o terceiro item).

Optámos, apesar destes resultados em manter a sua utilização considerando ser recomendado para avaliação do suporte social em estudos relacionados com a saúde mental (Lavikainen; Fryers & Lehtinen, 2006).

Quadro II.4.7: Estatística de homogeneidade dos itens e coeficiente de consistência interna (*alfa de Cronbach* das escalas do OSS-3)

	Limites	Média	Desvio Padrão	r do total sem o item
OSS1	1-5	3,17	1,110	0,386
OSS2	1-4	2,93	0,921	0,320
OSS3	1-5	3,64	1,067	0,325
Total de α de Cronbach: 0,529				

Podemos observar no quadro II.4.8 uma correlação moderada a forte entre a escala e cada um dos três itens, identificando no entanto uma correlação fraca entre cada um dos itens entre si. Este facto pode ser explicado pela integração de dois fatores distintos (família e familiares e amigos) na escala de 3 itens, já que, a análise factorial avalia em que medida cada um dos factores é independente do outro.

Quadro II.4.8: Correlações de *Spearman* dos itens das escalas do OSS-3, entre si e com a escala total

		OSS1	OSS2	OSS3	OSS_3 (total)
OSS1	<i>rho</i>	1,000	0,293**	0,287**	0,760**
	<i>p</i>		0,000	0,000	0,000
	<i>n</i>	697	697	697	697
OSS2	<i>rho</i>	0,293**	1,000	0,178**	0,654**
	<i>p</i>	0,000		0,000	0,000
	<i>n</i>	697	697	697	697
OSS3	<i>rho</i>	0,287**	0,178**	1,000	0,668**
	<i>p</i>	0,000	0,000		0,000
	<i>n</i>	697	697	697	697
OSS_3 (total)	<i>rho</i>	0,760**	0,654**	0,668**	1,000
	<i>p</i>	0,000	0,000	0,000	
	<i>n</i>	697	697	697	697

(**) Correlação significativa ao nível 0,01.

4.7.2. Escala SES

O índice socioeconómico (SES) traduzido para português por Saboga Nunes (2008) é uma escala que integra diferentes dimensões utilizando diferentes limites em cada um dos itens e diferentes formas de mensuração.

A escala é composta por 22 questões que incluem o 1) *estado civil* (questão 1: fechada com 7 possibilidades de resposta), 2) *escolaridade* (questão 2: aberta – nº de anos de escolaridade completos), 3) *tipo de rendimento familiar* (questão 3a: fechada com 7 possibilidades de resposta), 4) *rendimento mensal familiar* (questão 3b: fechada com 5 possibilidade de resposta), 5) *condição perante o trabalho* (questão 4: fechada com 8 possibilidades de resposta), 6) *profissão exercida durante mais tempo* (questão 5: aberta), 7) *atividade profissional atual* (questão 6: aberta), 8) *anos de trabalho na atividade atual* (questão 7: aberta – nº de anos), 9) *horas de trabalho semanal* (questão 8: aberta – nº de horas/semana), 10) *tempo de deslocação para o local de trabalho* (questão 9: aberta – minutos/dia), 11) *situação laboral* (questão 10: fechada com 4 possibilidades de resposta), 12) *satisfação com o trabalho* (questão 11: tipo *likert* com 5 possibilidades de resposta), 13) *satisfação com a situação financeira* (questão 12: tipo *likert* com 5 possibilidades de resposta), 14) *tipo de residência* (questão 13a: fechada com 5 possibilidades de resposta), 15) *local de residência*

(questão 13b: fechada com 5 possibilidades de resposta), 16) *bairro de residência* (questão 13c: fechada com 5 possibilidades de resposta), 17) *satisfação com as condições habitacionais* (questão 13d: tipo *likert* com 5 possibilidades de resposta), 18) *viver só* (questão 13e: fechada com 2 possibilidades de resposta), 19) *satisfação com a família* (questão 14: tipo *likert* com 5 possibilidades de resposta), 20) *dificuldade em ocupar o tempo* (questão 15: tipo *likert* com 5 possibilidades de resposta), 21) *sentimentos de solidão* (questão 16: tipo *likert* com 5 possibilidades de resposta) e 22) *partilha de problemas* (questão 17: mista com 4 possibilidades de resposta) (Nunes, 2008).

Considerando as respostas colhidas, os dados são depois sujeitos a um conjunto de procedimentos de recodificação em relação a apenas dez das vinte e duas questões anteriormente referenciadas (Nunes, 2008), como exposto no quadro II.4.9.

O valor final do somatório observado em relação a estas 10 questões classifica em termos socioeconómicos a posição do indivíduo considerando a seguinte categorização: 1 a 49 - *nível alto*; 49 a 65 - *nível médio*; 65 a 82 - *nível baixo*.

Quadro II.4.9: Variáveis consideradas e recodificação na construção do índice socioeconómico

Variável	Recodificação
2. Número de anos de escolaridade completos:	(1=17) (2=16) (3=15) (4=14) (5=13) (6=12) (7=11) (8=10) (9=9) (10=8) (11=7) (12=6) (13=5) (14=4) (15=3) (16=2) (17=1)
3. Tipos de rendimento familiar:	(1=0) (2=0) (3=1) (4=1) (5=2) (6=3) (7=0)
4. Rendimento mensal familiar:	(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)
5. Tipo de residência:	(1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5)
6. Local de Residência:	(1=3) (2=6) (3=1) (4=7)
7. Bairro de residência:	(1=2) (2=4) (3=5) (4=7)
8. Condição perante o trabalho:	(1=7) (2=6) (3=5) (4=3) (5=2) (6=1) (7=8) (8=4)
11. Há quantos anos trabalha nesta actividade	(<5=3) (>=5=1)
12. Número médio de horas semanais	(<9=1) (>=9=3)
13. Quanto tempo gasta por dia em deslocações de e para o seu local de trabalho	(<60=1) (>60=3)

Fonte: Adaptado de Nunes (2008)

Como observado, o índice socioeconómico SES é uma escala invertida, sendo que ao menor valor corresponde o melhor nível socioeconómico, e ao maior valor corresponde o menor nível socioeconómico (Nunes, 2008). Pelas características do

instrumento observadas, a utilização de uma medida de consistência interna como o *alfa de Cronbach (α)* não se mostrou adequada.

Dada a necessidade de aferir o seu valor e a impossibilidade de utilização de outra escala que permitisse a comparação dos resultados (considerando o desenho do estudo e a quantidade de indicadores envolvidos no estudo), procedemos a uma análise dos seus resultados com duas variáveis reconhecidas pela comunidade científica como relacionados com o nível socioeconómico: a *escolaridade* (Steele, 2007; Chevalier & Feinstein, 2007; Loureiro & Miranda, 2010) e o *rendimento mensal* (Gresenz, Sturm & Tang, 2001; Ozamiz *et al*, 2006, Steele, 2007; Lehtinen, 2008; Eaton, Muntaner & Sapag, 2010). Analisou-se igualmente a relação do índice socioeconómico (SES) com duas variáveis relacionadas com a saúde, considerando a existência de relação entre o nível socioeconómico e a *saúde mental* (WHO, 2001a; Ozamiz *et al*, 2006; Lehtinen 2008) e o *sentido de coerência* (Ing & Reutter, 2003; Wainwright *et al*, 2008). Pela análise do quadro II.4.10, observamos uma correlação estatisticamente significativa entre o SES e as 4 variáveis consideradas ($p < 0,001$), embora essa correlação seja moderada a forte (-0,650; -0,746 e -0,479) no caso do *rendimento mensal*, da *escolaridade* e do *sentido de coerência*, respetivamente, e fraca (-0,335) no caso do nível de *saúde mental*.

Quadro II.4.10: Correlações de *Spearman* entre nível socioeconómico, sentido de coerência, escolaridade, rendimento mensal, saúde mental.

		Índice socioeconómico (SES)	Sentido de coerência (SoC)	Escolaridade (anos)	Rendimento mensal	Saúde mental (MHI-5)
Índice socioeconómico (SES)	<i>Rho</i>	1,000	-0,479**	-0,746**	-0,650**	-0,335**
	<i>P</i>		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	<i>N</i>	697	697	567	692	697
Sentido de coerência (SoC)	<i>Rho</i>	-0,479**	1,000	0,316**	0,406**	0,547**
	<i>P</i>	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001
	<i>N</i>	697	697	567	692	697
Escolaridade (anos)	<i>Rho</i>	-0,746**	0,316**	1,000	0,508**	,165**
	<i>P</i>	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001
	<i>N</i>	567	567	567	565	567
Rendimento mensal	<i>Rho</i>	-0,650**	0,406**	0,508**	1,000	,255**
	<i>P</i>	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001
	<i>N</i>	692	692	565	692	692
Saúde mental (MHI-5)	<i>Rho</i>	-0,335**	0,547**	0,165**	0,255**	1,000
	<i>P</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
	<i>N</i>	697	697	567	692	697

(**) Correlação significativa ao nível <0,001.

(a) O índice SES é uma escala invertida – ao maior valor corresponde o menor nível socioeconómico e ao menor valor o maior nível socioeconómico.

Capítulo 5:

Os resultados da Investigação Participada de Base comunitária

“É um erro terrível teorizar antes de termos informação”

Sir Arthur Conan Doyle

1. OS RESULTADOS: UMA NOTA PRÉVIA

Apesar dos assuntos para a decisão deverem ser identificados e discutidos por todos os parceiros, a fase analítica de uma IPBC é aquela em que existe um contributo técnico que só pode ser feito pelo analista do projeto e por especialistas em investigação. Portanto, é importante que todos os parceiros cheguem a um acordo quanto à intenção da análise e das questões imperativas que devem ser respondidas (Minkler & Wallenstein, 2008).

Os resultados que se apresentam referem-se às análises estatísticas dos dados recolhidos, com recurso a diferentes metodologias como apresentado no capítulo anterior, bem como ao processo de construção do *Plano Local de Promoção de Saúde Mental* (PLPSMA). Estes resultados, conseguidos através de um método com base na IPBC, estão organizados no sentido de dar resposta às três questões de investigação que nortearam este estudo.

A apresentação dos resultados é efetuada em 3 subcapítulos: 1) um subcapítulo relativo à *compreensão do espaço urbano* em estudo, procurando caracterizá-lo com recurso a indicadores estruturais de saúde mental; 2) um segundo subcapítulo relativo às *características da população* que compõe o espaço urbano em estudo, com recurso a medidas de saúde e de indicadores relacionados com a saúde; e 3) um subcapítulo dedicado ao processo participado de *construção do plano local de promoção de saúde mental*, em que se procura uma análise e interpretação dos passos desenvolvidos com e para a comunidade, ao longo de dois anos (2010 e 2011). Esta apresentação e análise têm um carácter descritivo, mas procuram igualmente uma interpretação mais aprofundada dos resultados obtidos através de uma discussão dos mesmos recorrendo a outros autores na interpretação dos dados, permitindo, de forma fundamentada, a entrada no sexto capítulo deste estudo: O PLPSMA.

2. O ESPAÇO URBANO DA CIDADE DE AMORA

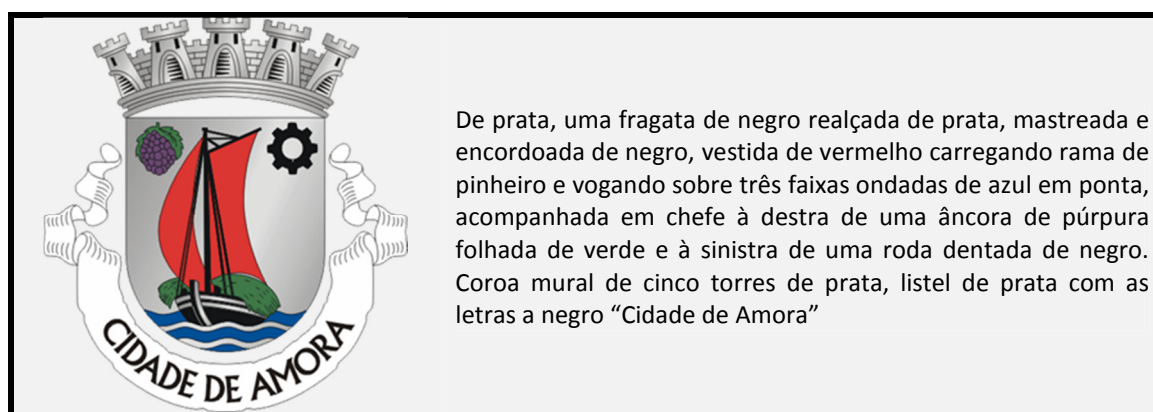
“Para o melhor e para o pior, o desenvolvimento das sociedades contemporâneas dependerá em larga medida da compreensão e da gestão do crescimento das cidades”⁴⁵

United Nations (2007)

Conhecer a cidade onde se pretende intervir, olhá-la do ponto de vista histórico, social ou político, e ainda perceber as suas dinâmicas de funcionamento económico e o seu desenho de relacionamentos é o primeiro passo para um processo de IPBC (Minkler & Wallenstein, 2008).

Amora é uma freguesia de características urbanas, enquadrada na área Metropolitana de Lisboa, margem sul do Tejo, distrito e diocese de Setúbal e concelho do Seixal, na designada *Outra Banda* (Lima, 2006). Integra a sub-região da Península de Setúbal (NUTS III integrante da NUTS II - *Lisboa*), que se estende por uma área de 1519 Km² englobando 9 municípios: Alcochete, Almada, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Seixal, Sesimbra e Setúbal. A Península de Setúbal faz fronteira a Sul e a Este com a Região do Alentejo (NUTS II), A norte com o rio Tejo e a Oeste com o Oceano Atlântico (INE, 2011).

Figura II.5.1: Brasão de armas da Cidade de Amora



⁴⁵ Tradução do autor

A geografia nesta sub-região apresenta características variadas: o litoral é arenoso em alguns lugares e rochoso noutros. No interior encontramos planícies com colinas baixas. O ponto mais alto dessa massa de calcário é a Serra da Arrábida, que inclui o Parque Natural da Arrábida.

A proximidade de Lisboa, capital e maior centro urbano do país, e dos principais centros de emprego desenvolvidos na industrialização da década de 1970, explicam a atração que a Península de Setúbal provocou a muitos migrantes de outras regiões de Portugal (nomeadamente do Alentejo) e de imigrantes com origem nos países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Este fenómeno traçou características particulares nos moradores da área, mas não diminuiu a sua dependência de Lisboa como principal polo de desenvolvimento. Pessoas que viajam para trabalhar na Grande Lisboa constituem o maior tráfego suburbano inter-regional em todo o país: em 2001, num total de 84.777 trabalhadores residentes no município do Seixal, apenas 33.911 (40,0%) exerceram a sua atividade no mesmo município, enquanto dos restantes 60%, 26.849 (31,7%) cruzaram o Tejo para trabalhar ou estudar na margem norte todos os dias, e os restantes 24.017 (28,3%) fizeram-no para outros municípios da Península de Setúbal num *movimento pendular*⁴⁶ que promove uma continuidade da imagem do município do Seixal como cidade dormitório (INE, 2003).

Em termos da denominação das regiões europeias, a Amora corresponde a uma NUTS V (correspondente à Freguesia portuguesa). A freguesia representa 0,03% do território nacional e 0,46% da população (INE, 2011) o que lhe confere uma elevada densidade populacional quase 16 vezes superior à média nacional (1778,6 habitantes/km²), tendo sofrido um intenso crescimento populacional com particular incidência no período pós 25 de Abril (quadro II.5.1), apesar dos Censos 2011 mostrarem uma ligeira diminuição relativamente aos números de 2001 (INE, 2011).

De facto, de pequeno lugar que em 1908 era composto por 2100 habitantes (Lima, 2006) e após várias alterações do seu enquadramento municipal (pertenceu ao município de Almada e do Seixal alternadamente) e do seu território (no final do séc. XX as freguesias de Corroios e de Fernão Ferro nasceram do território de Amora) apenas atingiu o estatuto de vila a 30 de Junho de 1989 e o de cidade a 20 de Maio de

⁴⁶ Expressão habitualmente utilizada para designar os movimentos quotidianos das populações entre o local de residência e o local de trabalho ou estudo (INE, 2003)

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

1993, após áreas agrícolas e de pinhal terem-se muito rapidamente transformado em importantes áreas urbanas (*Belverde, Quinta da Princesa e Paivas* entre outros).

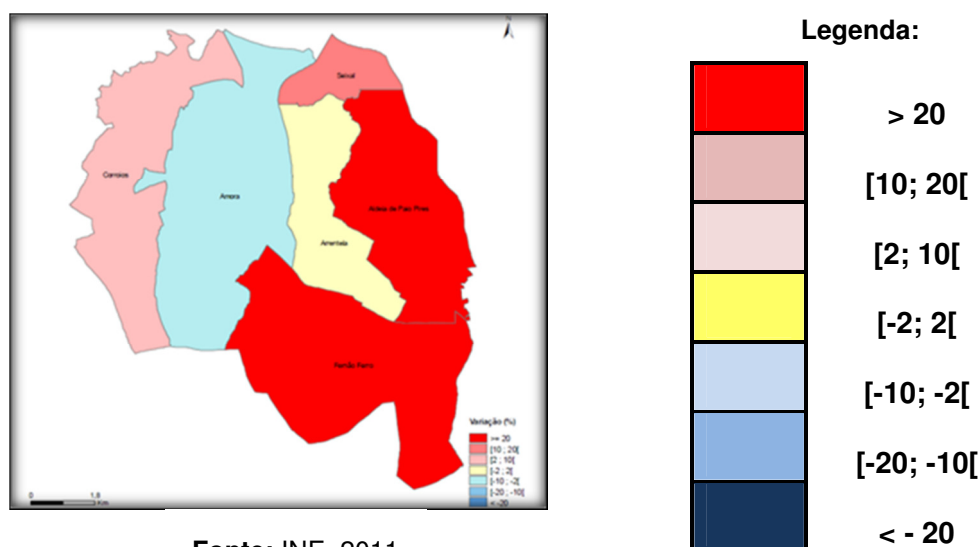
Quadro II.5.1. Área, população e densidade populacional de Amora em relação ao todo nacional

Região NUTS (<i>Nomenclature of territorial units for statistics</i>)	Denominação	População (1) (% relativamente á população nacional)	Área (km ²) (% relativamente á área nacional)	Densidade populacional (hab/km ²) (relação ao valor nacional)
-	Portugal	10 555 853 (100,0%)	92 090,1 (100,0%)	114,6 (1,00)
NUTS I	Continente (PT 1)	10 041 813 (95,13%)	88 967,1 (96,6%)	112,9 (0,98)
NUTS II	Lisboa (PT 17)	2 815 851 (26,68%)	2 934,8 (3,2%)	959,5 (8,37)
NUTS III	Península de Setúbal (PT 172)	778 028 (7,37%)	1 558,9 (1,7%)	499,1 (4,36)
NUTS IV	Concelho do Seixal	157 981 (1,50%)	95,5 (0,1%)	1654,3 (14,44)
NUTS V	Freguesia de Amora	48 556 (0,46%)	27,3 (0,03%)	1778,6 (15,52)

Fonte: (1) censos 2011 (INE, 2011)

Nos Censos de 2011, o INE (2011) refere-se a uma população de 48556 habitantes na freguesia de Amora, denotando uma pequena diminuição da sua população relativamente aos censos de 2001 (figura V.2.1).

Figura II.5.2: Evolução da população residente no município do Seixal (2001-2011)



Fonte: INE, 2011

2.1. ESPAÇOS VERDES

Para Maas *et al* (2006) a percentagem de área verde no raio de um quilómetro tem uma relação significativa com saúde geral percebida. A relação está presente em todos os graus de urbanidade, mas a relação geral é um pouco mais forte para os grupos socioeconómicos mais baixos. Os jovens, os idosos e a população com nível de escolaridade ao nível do ensino secundário, parecem beneficiar mais da presença de áreas verdes no seu ambiente de vida do que outros grupos sociais nas grandes cidades (Maas *et al*, 2006). Viver em áreas com espaços verdes por onde se pode caminhar livremente influencia positivamente a longevidade da população urbana, independentemente da sua idade, sexo, estado civil, nível de saúde prévio, ou nível socioeconómico. Áreas públicas cheias de vegetação que estão por perto e por onde é fácil andar devem ser um dos aspectos centrais do planeamento urbano de áreas densamente povoadas, como é o caso da cidade de Amora com 1778,6 habitantes por Km². Takano, Nakamura & Watanabe (2002) defendem que uma estreita colaboração deve ser desenvolvida entre os sectores da saúde, da construção, da engenharia civil, do planeamento, e de outros sectores da sociedade no contexto da política urbana saudável, de modo a promover a saúde dos cidadãos, utilizando o recurso *espaços verdes*.

Em termos de recurso *espaços verdes*, a cidade de Amora possui diferentes áreas distribuídas pela sua zona urbana mais densamente povoada (a nordeste da A2) onde residem cerca de 90% da população que compõe esta comunidade urbana. Verifica-se uma inexistência de uma ligação física efetiva entre cada um desses espaços (figura II.5.3). Segundo Dunnett, Swanwick & Woolley (2002) o espaço verde ideal é aquele que oferece vegetação, água (lagos, ribeiros), oportunidade para a prática de desporto, conforto urbano como bancos, sanitários e abrigos, bons acessos, incluindo o acesso a pessoas com deficiência, possibilidade para a prática de desporto e de realizar eventos. Devem ainda ser consideradas a possibilidade de acesso a bebidas de boa qualidade e a preço razoável, as questões da qualidade ambiental, tais como a presença de caixotes do lixo, uma correta iluminação que minimize as possibilidades de vandalismo, e outras características específicas, tais como esculturas e labirintos. Para o trabalho de Dunnett, Swanwick & Woolley (2002), as melhorias que as pessoas querem ver em espaços verdes urbanos estão relacionadas com o *design* e a boa gestão do espaço, com um foco na resposta às necessidades das pessoas,

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

eliminando barreiras e garantindo a alta qualidade e a possibilidade de experiências variadas para a comunidade como um todo, onde podemos exemplificar a utilização da frente ribeirinha da Amora.

Figura II.5.3: Espaços verdes na freguesia de amora



Fonte do mapa: *Google Maps* (2009) (contornos dos espaços verdes pelo autor)

Na sua área urbana, Amora apresenta 78540 m² (anexo A.9.2) de parques e jardins com acesso público aos seus habitantes, o que corresponde a 1,62 m² de espaços verdes por habitante e a 0,28% da área total da freguesia. Interessa realçar o facto de cerca de metade da área da freguesia (figura V.2.2) ser coberta por pinhal e outras zonas de mata. Os oito (8) espaços verdes (*Frente Ribeirinha da Amora, Quinta do Cruzeiro, Jardim do Fanqueiro, Parque Urbano do Fanqueiro, Parque Municipal do Serrado, Parque das Galeguinhas, Jardim 5 de Junho e Parque Urbano das Paivas*) estão presentes nas cinco áreas em estudo, com exceção do *Fogueteiro*.

2.2. O DESPORTO NO ESPAÇO E NO TEMPO DA CIDADE DE AMORA

A atividade desportiva tem sido recorrentemente associada a um melhor nível de saúde mental, sendo o único indicador estrutural de saúde mental relacionado com o lazer no MMHE-31 (Ozamiz *et al*, 2006; Lehtinen, 2008). A cidade de Amora tem ao seu dispor 7 estruturas desportivas que apoia e promove a prática de um vasto número de modalidades possíveis. A *Amora* com 3 estruturas e *Cruz de Pau* e *Fogueteiro* com 2 cada, concentram em si a oferta de estruturas desportivas (anexo A.9.3).

O tempo de actividade física semanal⁴⁷ apresenta valores muito modestos em todas as áreas urbanas em estudo que se apresentam homogéneas em relação a este indicador ($p = 0,100$) (anexo A.9.4). No total os entrevistados referiram um média semanal de 1,75 horas de atividade física semanal. Este valor deve ser interpretado com cuidado considerando o valor da mediana muito próximo do zero. Muitos entrevistados responderam 0 (zero) horas, e o valor médio identificado deve-se em grande maioria aos atletas federados que representam 6,7% da amostra e que referem como valor máximo 30 horas de actividade física semanal (anexo A.9.5).

Para apoiar a prática de atividade física, a cidade de Amora dispõe de 3 (três) associações com carácter desportivo que desenvolvem a sua atividade no espaço urbano, estando duas localizadas na *Amora* (*Amora Futebol Clube* e *Associação Naval Amorense*) e uma em *Paivas* (*Associação Desportiva e Cultural Azinhaga das Paivas*), oferecendo a possibilidade de desenvolvimento de 12 (doze) atividades desportivas distintas (anexo A.9.6).

2.3. A ESCOLA E A CIDADE

Segundo Rones & Woagwood (2000), as escolas desempenham um papel cada vez mais importante na promoção e na prestação de serviços de saúde mental às crianças, devendo implementar um programa consistente na área, incluir os pais, professores e pares, utilizar uma metodologia variada e integrar o conteúdo *saúde mental* no curriculum escolar. Schonert-Reichl *et al* (2011) identificaram resultados que suportam e ampliam a evidência recente do impacto positivo da aprendizagem social e

⁴⁷ Avaliado por entrevista á amostra População (Questionário 1)

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

emocional baseada na sala de aula em programas de desenvolvimento social e ajustamento comportamental em crianças. É por este motivo que a caracterização do ambiente escolar é um importante elemento de diagnóstico quando falamos em promoção da saúde mental (Ozamiz *et al*, 2006; Lehtinen, 2008).

Com dez (10) Jardins de Infância e onze (11) escolas do ensino básico (1º ciclo) localizadas nas 5 áreas urbanas em estudo, Amora oferece ainda aos seus habitantes três (3) escolas do 2º e 3º ciclo do ensino básico, duas (2) escolas secundárias e uma (1) escola profissional (anexos A.9.7, A.9.8, A.9.9), distribuídas pela área da freguesia, embora se observe uma maior concentração de estruturas a nordeste da A2, onde reside a vasta maioria da população (figura II.5.4).

Fonte: C.M.S (2011)

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

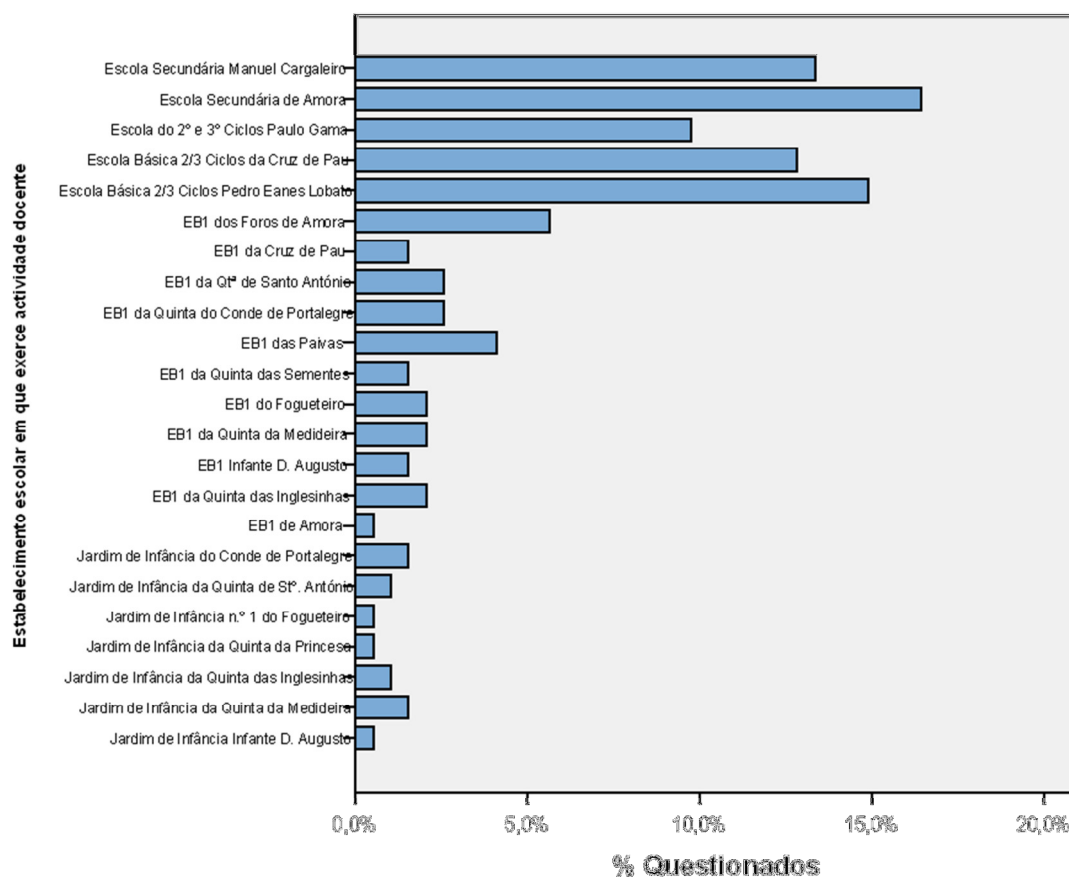
A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

Mas a escola é muito mais do que espaço e paredes (Schonert-Reichl *et al*, 2011). São as pessoas, os alunos, os professores e, em última análise, toda a comunidade envolvente, com um lugar de destaque das famílias, que a constroem. Para melhor interpretar este *outro lado* da escola, como referido no capítulo 4, foi administrado um questionário *on-line* com recurso a uma plataforma eletrónica aos docentes em exercício no ano lectivo 2010/2011 nos estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário da área urbana em estudo.

Segundo dados da Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo (2010), o conjunto de estabelecimentos escolares em funcionamento na área urbana considerada era servido por 897 docentes no ano letivo 2010/2011. Foram validadas 196 respostas (de um total de 201 recebidas), o que corresponde a 21,9% do total dos docentes, abrangendo todos os níveis de ensino disponíveis na cidade (Gráfico II.5.1).

Gráfico II.5.1: Respostas de docentes por estabelecimento de ensino



Promoção da saúde mental em espaço urbano:

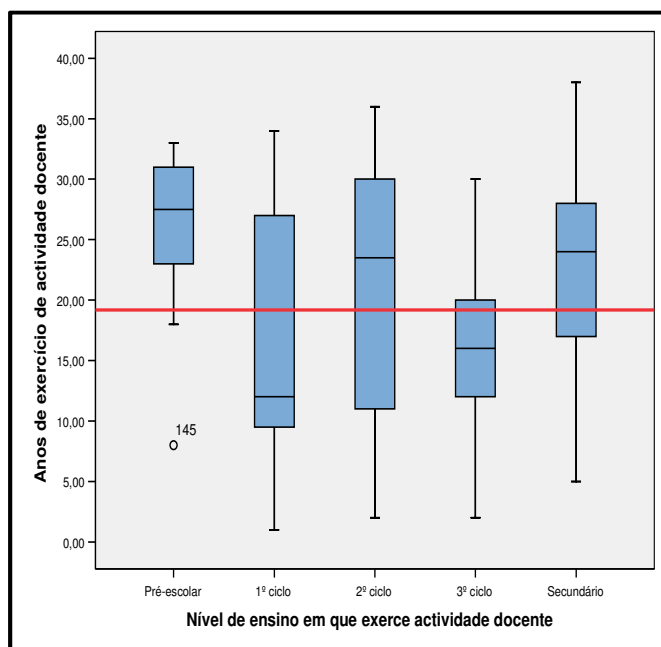
A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

A maioria dos docentes respondentes pertence ao sexo *feminino* (82,6%; 169) (anexo A.9.10) e tem como habilitações a *licenciatura* (87,2%; 171) (anexo A.9.11). Com uma média de idades de 46,38 ($\delta=8,71$), a idade mínima observada é de 25 anos e a idade máxima de 62 anos.

A maioria dos professores exerce a sua atividade docente no *3º ciclo* (26,5%; 52) e no *secundário* (21,4%; 42). O grupo menos representado nesta amostra é o dos docentes do *pré-escolar* (6,1%; 12) (anexo A.9.12). A atividade docente é exercida há 19,19 anos ($\delta=9,06$) com um mínimo de 1 ano e um máximo de 38 anos (Gráfico II.5.2).

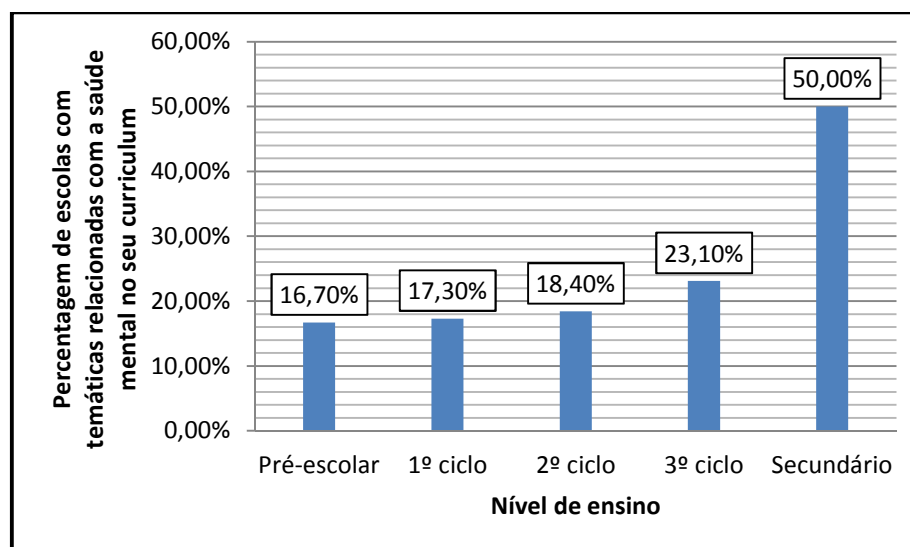
Gráfico II.5.2: Anos de exercício profissional por nível de ensino



Apenas 23,5% (43) dos professores afirmam ter abordado no seu curriculum académico temáticas relacionadas com a saúde mental. Este facto apresenta variações entre os diferentes níveis de ensino com o pré-escolar e o 1º ciclo a referirem mais formação do que os restantes três níveis considerados ($p=0,002$) (anexo A.9.12). Mesmo considerando os docentes que abordaram as temáticas relacionadas com a saúde mental, o nº de horas apresenta uma grande dispersão dos dados: com um mínimo de 2 horas e um máximo de 300 horas, identificamos um 3º quartil de 60 horas para uma média de 66. Realçamos que a questão se referia à formação académica graduada dos questionados que em média tem uma duração de 4 anos (anexo A.9.13).

Este facto parece refletir-se no envolvimento das estruturas escolares quando á introdução de temáticas de saúde mental no curriculum escolar. Apenas 26% (51) dos docentes afirmam que o seu local de exercício profissional inclui temáticas relacionadas com a saúde mental no seu curriculum escolar. Neste indicador identificamos igualmente diferenças entre os diferentes níveis de ensino, com uma aposta francamente mais intensa ($p = 0,002$) do ensino secundário em relação aos restantes 4 níveis de ensino considerados (gráfico II.5.3 e anexo A.9.14).

Gráfico II.5.3: Temáticas relacionadas com a saúde mental por nível de ensino



Com uma mediana de 12 horas anuais, as escolas onde as atividades de promoção de saúde mental são consideradas apresentam um fraco investimento proporcional em relação a outras atividades do curriculum escolar (anexo A.9.15).

Apesar destes dados, a maioria dos docentes afirma que a sua escola disponibiliza aconselhamento e apoio emocional aos alunos (77%; 151) (anexo A.9.16). Um apoio que é preferencialmente fornecido pelo *psicólogo escolar* (50%) e pelo *professor* (50%) (Gráfico II.5.4). Da mesma forma a existência de uma figura de referência aos alunos para apoio psicossocial é uma realidade para 68,4% (134) dos docentes questionados voltando a ser o *professor* (43,9%) e o *psicólogo escolar* (38,3%) os profissionais mais referenciados, embora, neste caso, com as respetivas posições invertidas considerando a frequência relativa das diferentes possibilidades de resposta (Gráfico II.5.5 e anexo A.9.17).

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

Gráfico II.5.4: Profissionais que prestam aconselhamento e apoio emocional na escola

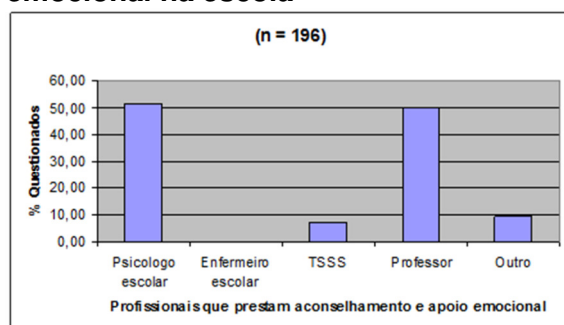
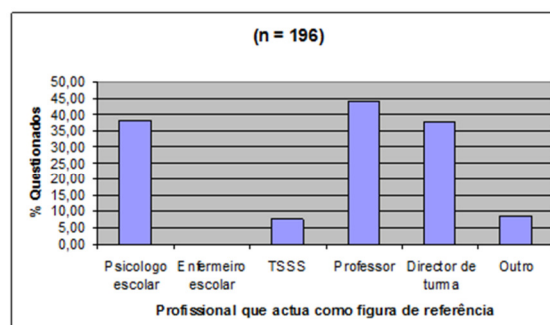


Gráfico II.5.5: Profissionais que actuam como figura de referência na escola



2.4. CIDADANIA E SAÚDE MENTAL

A utilização de termos como *cidadão* e *sociedade* na estratégia de saúde mental para a Europa confirma o compromisso da União Europeia para a colocação da agenda de saúde mental no âmbito do debate corrente sobre cidadania na Europa. O Livro Verde (EC, 2005), a partir do qual estas palavras são desenhadas, foi adoptado pela Comissão Europeia, com uma prioridade declarada de melhorar *"a qualidade de vida das pessoas com doença mental ou deficiência através da inclusão social e da proteção dos seus direitos e dignidade"*.

A coesão social, entendida como *"a capacidade de uma sociedade para garantir o bem-estar de todos os seus membros, minimizando disparidades e evitando a marginalização"*⁴⁸ (Council of Europe, 2008), é um determinante *major* de saúde mental (Ozamiz *et al*, 2006; Lehtinen, 2008; Freudenberg, Klitzman & Saegert, 2009; Loureiro & Miranda, 2010). Também neste sentido a Amora tem desenvolvido várias intervenções procurando promover fortes laços sociais e uma aceitação pelos membros da sociedade de suas responsabilidades conjuntas, pugnando para que todos os indivíduos sejam capazes de participar na vida económica e desfrutar dos seus benefícios, desenvolvendo processos para desafiar as estruturas de poder e a distribuição de recursos na sociedade, e promovendo, também, a tolerância e o reconhecimento de pessoas de diferentes culturas e identidades (CE, 2008).

Um exemplo deste esforço é o Projeto *Tutores de Bairro*, promovido no bairro da Quinta da Princesa. O bairro da Quinta da Princesa situa-se na freguesia de Amora e, de acordo com os censos 2001 (INE, 2001), possui 40% de imigrantes, sendo eles

⁴⁸ Tradução do autor

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

maioritariamente cabo-verdianos. Esta comunidade depara-se com algumas problemáticas socioeconómicas a diversos níveis, como o desemprego, trabalho precário, baixos níveis de escolaridade, fraca capacidade económica dos agregados familiares, famílias monoparentais, problemáticas associadas ao tráficos e consumo de estupefacientes, abandono escolar, entre outros. O *Tutores de Bairro* é um projeto que nasce da comunidade civil (associação de pais) e integra o programa escolhas⁴⁹. Outro projeto que se enquadra numa estratégia de promoção da coesão social é o *Espaço Cidadania*, uma ação da autoria do município local e onde assenta o funcionamento do pacto territorial para o diálogo intercultural (CMS, 2009) vocacionada para a integração e o apoio às comunidades imigrantes que representam 15% da população, sendo 12,3% da população oriunda de países africanos maioritariamente PALOP (INE, 2001) (quadro II.5.2).

Quadro II.5.2: Projetos de promoção da cidadania na cidade de Amora

Ação	Breve descrição
Espaço Cidadania	Neste espaço funciona um Centro Local de Apoio ao Imigrante, que tem como funções prestar informação sobre processos de regularização, reagrupamento familiar, pedidos de obtenção de autorização de residência para estrangeiros com dispensa de visto de residência. Através de parcerias locais pretende-se facilitar a integração de imigrantes e grupos étnicos e culturais no mercado de trabalho, no acesso à escola, a cuidados de saúde, e a todas as dimensões do apoio social disponíveis no Município.
Projeto Tutores de Bairro	Gerido pela Associação de Pais e Encarregados de Educação do Agrupamento de Escolas Pedro Eanes Lobato, no âmbito do Programa Escolas e é desenvolvido no bairro da Quinta da Princesa, foi criado em 2001 e reformulado em 2004, 2006 e 2010. O projeto faz parte do Programa Escolhas e tem vindo a trabalhar a comunidade, dando especial atenção às crianças, jovens e famílias, com vista a melhorar a integração social e bem-estar em diversas áreas, como a saúde, escola, trabalho, etc.

2.5. INCLUSÃO E CAPITAL SOCIAL

Uma sociedade inclusiva é definida como aquela em que todas as pessoas se sentem valorizadas, com as suas diferenças respeitadas, e as suas necessidades básicas satisfeitas para uma vida digna. A exclusão social é o processo de ser excluído dos

⁴⁹ O *Programa Escolhas* é um programa de âmbito nacional, tutelado pela Presidência do Conselho de Ministros, e fundido no Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, IP, que visa promover a inclusão social de crianças e jovens provenientes de contextos socioeconómicos mais vulneráveis, particularmente dos descendentes de imigrantes e minorias étnicas, tendo em vista a igualdade de oportunidades e o reforço da coesão social (disponível em www.programaescolhas.pt).

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

sistemas socioeconómico, político e/ou cultural que contribuem para a integração de indivíduo na comunidade (Cappo, 2002). As redes sociais oferecem apoio social, influência social e oportunidades para um envolvimento social que promova o desenvolvimento de um papel social significativo, bem como acesso aos recursos comunitários e ao contato pessoal íntimo (Berkman & Glass, 2000).

O *capital social* é um termo usado para descrever as características particulares dos relacionamentos sociais dentro de um grupo ou de uma comunidade. Isso inclui a promoção da confiança entre as pessoas, uma compreensão partilhada de como devem direccionar os seus comportamentos, e o cuidar uns dos outros, participando em organizações cívicas, tais como clubes desportivos ou culturais, associações de pais, associações de moradores ou outras formas de organização não-governamental (Victorian Health Promotion Foundation, 2005).

O desenvolvimento do capital social é pois um importante determinante para a promoção da saúde mental (Ozamiz *et al*, 2006). Neste esforço é esperado que o TSSS promova a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar (Associação dos Profissionais de Serviço Social, 2009). Interessa por isso, no âmbito do diagnóstico efectuado, caracterizar o trabalho desenvolvido pelos TSSS que desenvolvem a sua atividade na área urbana em estudo. Para o efeito, como referido no capítulo 4, elaborámos um questionário *on-line* dirigido aos TSSS que exercem a sua atividade na cidade em estudo.

Recebemos 12 respostas que foram validadas (100% dos TSSS em funções na cidade em estudo). O sexo *feminino* neste corpo profissional é maioritário (10; 83,3%) e a *licenciatura* a habilitação académica mais frequente (10; 83,3%) (anexos A.9.18 e A.9.19).

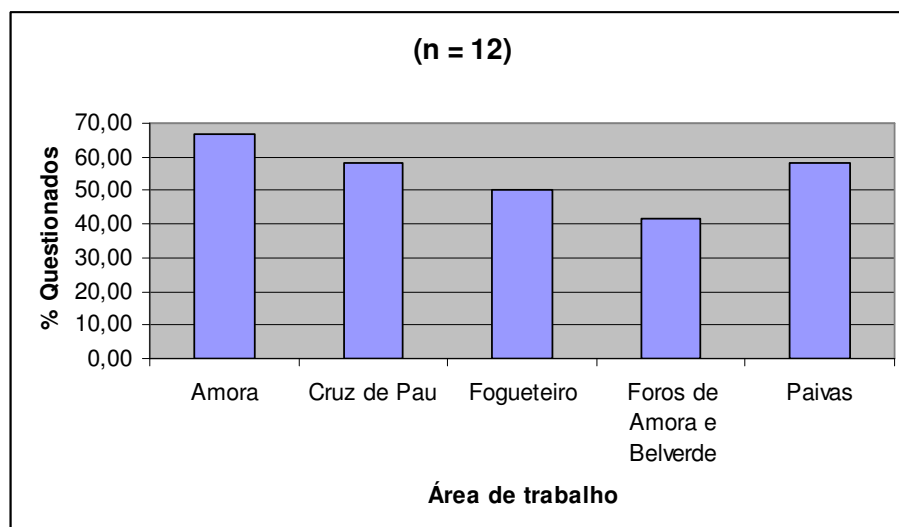
A maioria dos TSSS (75,0%; 9) refere ter abordado temáticas relacionadas com a saúde mental no seu curriculum académico, com um mínimo de 5 horas e um máximo de 1200 horas. O 3º quartil apresenta um valor igual ao identificado nos professores (60 horas) (anexo A.9.20), e atuam maioritariamente na *Amora*, em *Cruz de Pau* e nas *Paivas* (gráfico II.5.6).

Gráfico II.5.6: Áreas de intervenção dos TSSS questionados

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

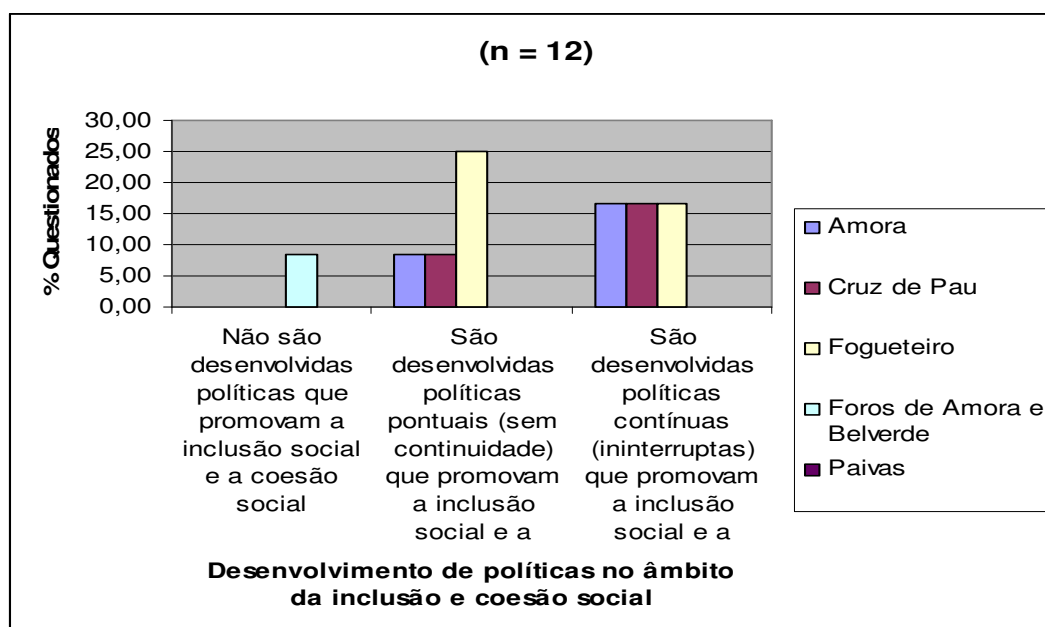
A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária



Questionados sobre o desenvolvimento de políticas que promovam a inclusão e a coesão social, os entrevistados afirmam que estas políticas só são desenvolvidas nas áreas urbanas de *Amora*, *Cruz de Pau* e *Fogueteiro*, não fazendo referência a este tipo de intervenção para *Foros de Amora e Belverde* e para *Paivas* (Gráfico II.5.7).

Gráfico II.5.7: Resposta dos TSSS relativas ao desenvolvimento de políticas no âmbito da inclusão e coesão social

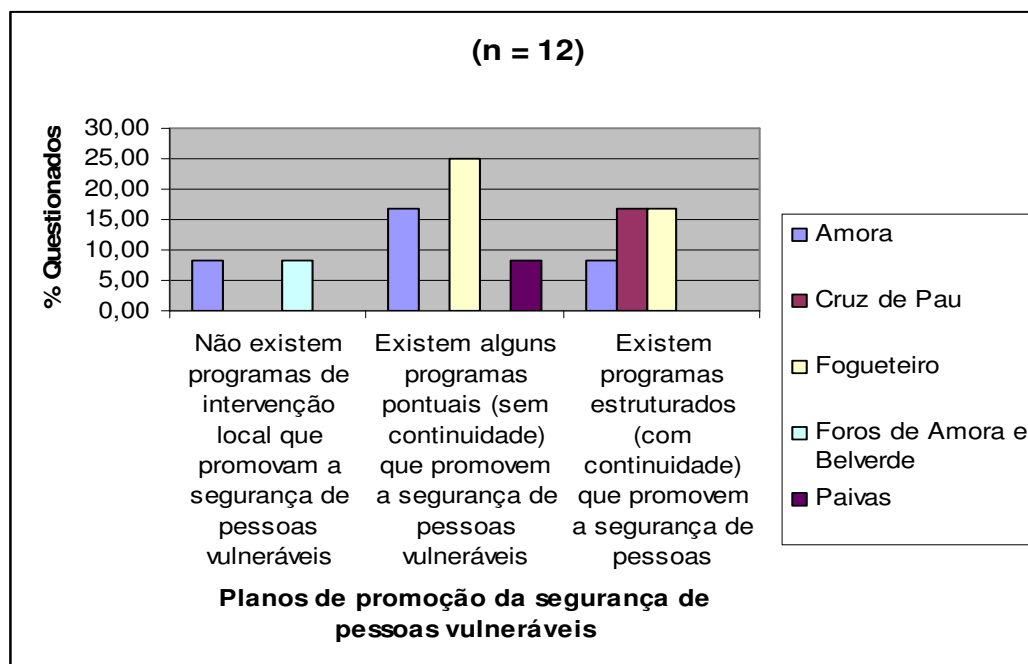


A promoção da segurança de pessoas vulneráveis foi igualmente alvo de análise, recolhendo novamente a ausência de *Foros de Amora e Belverde* e *Paivas* das respostas recolhidas. A maior intervenção é feita no *Fogueteiro* (considerando

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

programas pontuais e programas estruturados) embora *Amora*, *Cruz de Pau* e *Paivas* também sejam alvo de intervenções neste domínio (gráfico II.5.8).

Gráfico II.5.8: Planos de promoção da segurança de pessoas vulneráveis segundo os TSSS



Na perspetiva dos TSSS questionados, *Cruz de Pau* é a área urbana com maior percentagem de pessoas que precisam, de apoio social para suprir as suas necessidades básicas (anexo A.9.21). *Fors de Amora e Belverde* é a área onde menor percentagem de pessoas necessitam desse apoio. Também é em *Cruz de Pau* que os TSSS questionados mais referem pessoas em situação de pobreza.

O trabalho dos TSSS é completado na cidade de *Amora* com um conjunto de estruturas públicas (fundamentalmente de base local) e ONG que partilham da responsabilidade social de promover a inclusão e o capital social na sua comunidade.

Na intervenção em formação de adultos podemos destacar na *Amora* a *Uniseixal - Universidade Sénior do Seixal* ou dirigido a amblíopes e invisuais a *Associação Luz da Vida* (ensino de Braille) que desenvolve a sua atividade nas *Paivas* (anexo A.9.22).

As estruturas de base cultural também se localizam na *Amora* e em *Paivas*, com o *Núcleo de Amora da Biblioteca Municipal do Seixal* o *Animateatro - Associação de Teatro e Animação do Seixal* e a *Associação de Artes e Ofícios do Concelho do Seixal*

a desenvolver a sua atividade na primeira e a *ARTES - Associação Cultural do Seixal* sediada na segunda (anexo A.9.23).

A cidade de Amora alberga ainda 7 (sete) associações de apoio a idosos e deficientes da sua comunidade. Na *Amora* encontramos a *Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Amora*, nas *Paivas* a *Associação Mutualista Montepio Geral* e a *Associação Instituto Novo Ser*, na *Cruz de Pau* a *Associação de Reformados e Idosos da Freguesia de Amora* e a *Associação dos Deficientes das Forças Armadas - Delegação do Seixal* e no *Fogueteiro* a *Associação de Surdos do Concelho do Seixal* e o *CNAD - Cooperativa Nacional de Apoio a Deficientes* (anexo A.9.24). Existem ainda várias estruturas de ação social (anexo A.9.25). Muitas destas estruturas têm um desempenho ativo na CSFA, estrutura base ao desenvolvimento desta IPBC.

2.6. RECURSOS DE SAÚDE

Existem dez farmácias (nove a nordeste da A2 e uma na área de *Foros de Amora e Belverde*) e quatro unidades de saúde que servem a população da cidade de Amora (Quadro V.2.3 e Anexo A.9.26).

As quatro unidades de saúde são unidades funcionais do *Agrupamento de Centros de Saúde Península de Setúbal II - Seixal-Sesimbra* (ACESSS) que engloba os antigos Centros de Saúde de Amora, Seixal, Corroios e Sesimbra, abrangendo cerca de 232.857 habitantes. É composto por nove Unidades de Saúde Familiar (USF), cinco Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Partilhados (URAP). De todas estas estruturas e centrando o nosso olhar na cidade de Amora, podemos identificar o *Serviço de Atendimento Permanente Concelho de Amora*, a *Unidade de Cuidados de Saúde Primários Amora*, a *Unidade de Saúde Familiar Rosinha*, e a *Unidade de Saúde Familiar - Amora Saudável*.

Segundo o relatório de desempenho de 2011 do Agrupamento de centros de saúde (ACESSS, 2011), a população inscrita nas várias Unidades Funcionais do ACESSS é de 220.108 utentes, o que corresponde a um aumento de 4.405 utentes (1,71%) em relação ao ano de 2010, sendo que 24,71 % (54.395) não tinham médico atribuído. Amora é residência de cerca de 22,7% da população das várias Unidades funcionais.

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

O ACESSS (2011) alerta para a existência de uma forte componente de população imigrante no concelho do Seixal e, de uma população flutuante estimada em cerca de 35.000 pessoas, nos meses de veraneio no concelho de Sesimbra, que aumenta as necessidades de cuidados de saúde da comunidade.

Considerando alguns indicadores de saúde, em 2008, registaram-se 10,80 nascimentos vivos por 1.000 pessoas residentes, valor que tem vindo a decrescer desde 2001, posicionando-se o ACESSS com um valor abaixo da média da *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo* (11,1), mas acima da média nacional, que regista um valor de 9,80 nascimentos vivos por 1000 residentes.

O *índice de dependência de jovens*, o *índice de dependência de idosos*, o *índice de dependência total* e o *índice de envelhecimento* têm vindo a crescer nos últimos anos (ACESSS, 2011) apontando para um envelhecimento da população. Em 2001, por cada 100 jovens residentes nos concelhos do Seixal e Sesimbra, existiam cerca de 66 idosos, para em 2007, passarem a existir cerca de 80 idosos por cada 100 jovens.

Os indicadores do eixo local do contrato programa referentes a 2011 definidos pelo ACESSS (2011) referem-se a *percentagem de hipertensos com registo de PA em cada semestre* (70% atingidos em 2010), *percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas de vigilância SI dos 0 aos 11 meses* (40% atingidos em 2010), *percentagem de grávidas com revisão do puerpério realizada* (55,35% atingidos em 2010) e *percentagem diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem* (48,32 atingidos em 2010). Relativamente aos indicadores do eixo nacional interessa realçar a *taxa de utilização de consultas de planeamento familiar* (25% atingidos em 2010), a *percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias* (70% atingidos em 2010), o *consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório* (85% atingidos em 2010).

O ACESSS (2011) refere ainda uma enorme escassez de recursos humanos, apontando na freguesia da Amora cerca de 18.000 utentes sem médico de família, e a falta de viaturas para suprir as necessidades de funcionamento das UCC e das visitas domiciliárias (ACESSS, 2011). Todas as estruturas de saúde públicas que servem a cidade estão localizadas no lugar de Amora (Quadro II.5.3).

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte 2: Os resultados da investigação participada de base comunitária**Quadro II.5.3: Estruturas de saúde por área urbana na cidade de Amora**

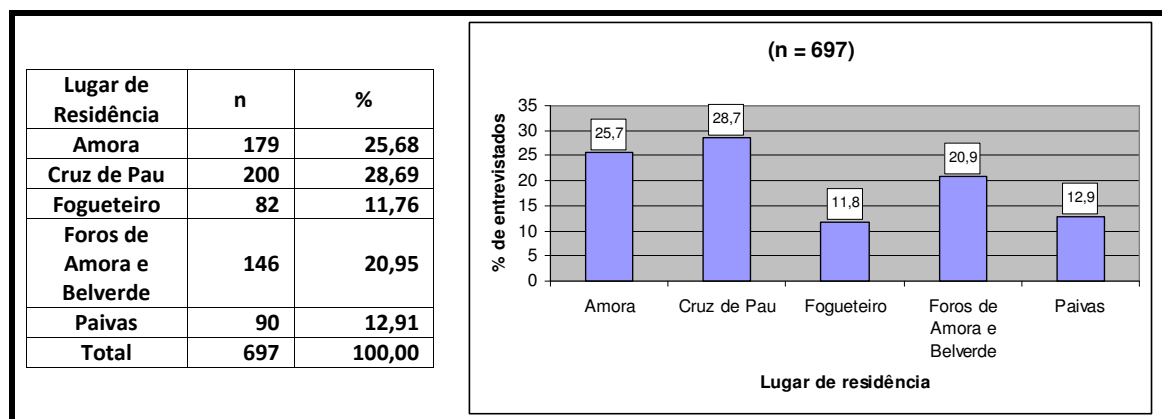
Área urbana	Estruturas de saúde	Número
Amora	Serviço de Atendimento Permanente Concelhio de Amora Unidade de Cuidados de Saúde Primários Amora Unidade de Saúde Familiar Rosinha Unidade de Saúde Familiar - Amora Saudável	4
Cruz de Pau	(...)	0
Fogueteiro	(...)	0
Foros de Amora e Belverde	(...)	0
Paivas	(...)	0
Total		4

3. A POPULAÇÃO

Como abordado no capítulo 4, o recurso a uma entrevista estruturada (com base num formulário), *porta a porta*, foi uma das estratégias de recolha de informação. Neste esforço que envolveu a comunidade (como entrevistadora e como entrevistada), foram validadas um total de 697 entrevistas (que corresponde a 1,4% da população total do espaço urbano), das 720 realizadas pelos vários entrevistadores formados no âmbito do desenvolvimento do PLPSMA (*n'Amora bem*).

A maior percentagem de entrevistados reside na área de *Cruz de Pau*, representando 28,69% (200) do total da amostra. A área menos representada é a área do *Fogueteiro* onde apenas 82 residentes (11,76% do total da amostra) foram entrevistados (Gráfico II.5.9).

Gráfico II.5.9: Distribuição da amostra população pela área de residência



3.1. SEXO, ESTADO CIVIL E ESCOLARIDADE

A maioria dos entrevistados representa o sexo *feminino* com 60,83% (424) dos casos. Em todas as áreas urbanas em estudo se repete esta observação, não havendo diferenças nas características da amostra relativamente ao sexo ($p=0,482$) (anexo

A.9.27). O INE (2001) refere uma população feminina de apenas 48,9% no espaço urbano em estudo, substancialmente inferior àquela que aceitou participar na resposta às entrevistas. Relativamente à idade a amostra entrevistada apresenta uma média de idade de 45,05 ($\delta=16,35$), variando entre uma média de idade mínima de 42,69, observada no estrato *Cruz de Pau*, e uma média de idade máxima de 47,75, observada no estrato *Fors de Amora e Belverde*, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,047$), apontando para uma população tendencialmente mais idosa nesta área urbana (anexo A.9.28). Segundo o INE (2001) o grupo etário *25-64 anos* representava 58,9% da população da cidade de Amora, uma percentagem inferior à encontrada neste estudo que aponta para uma amostra com maior peso relativo neste grupo etário (72,7%). Interessa no entanto realçar que os critérios de inclusão exigiam ter 18 ou mais anos o que exclui uma percentagem significativa da população e pode, parcialmente, explicar este desvio.

Em relação ao estado civil, a maioria dos entrevistados representa o estado *casado* com 60,83% (323) dos casos. Em todas as áreas urbanas em estudo se repete esta observação, observando-se no entanto uma diferença estatisticamente significativa nas características da amostra no que ao *estado civil* diz respeito ($p=0,003$), evidenciando uma menor percentagem de indivíduos casados nas áreas urbanas *Fogueteiro* e *Paivas* apesar da moda se manter inalterada entre as diferentes áreas urbanas (anexos A.9.29 e A.9.30).

Em relação à escolaridade identificamos uma média de 9,85 anos de escolaridade na população total, com uma diferença estatisticamente significativa entre as áreas ($p < 0,001$) com um valor médio identificado mais elevado em *Fors de Amora e Belverde* (11,57) e mais reduzido no *Fogueteiro* (8,01). Também é observável a diferença entre os anos de escolaridade observados nas mulheres (10,08) em relação aos homens (9,46), situação que se repete em todas as áreas urbanas estudadas, apesar de não apresentar diferença estatística ($p=0,071$). Considerando apenas o sexo masculino a diferença de escolaridade entre as 5 áreas em estudo é não significativa ($p=0,100$) (anexos A.9.31 e A.9.32).

3.2. RENDIMENTO E NÍVEL SOCIOECONÓMICO

Analisando o rendimento mensal podemos observar diferenças estatisticamente significativas entre as 5 áreas em estudo ($p < 0,001$), com o *Fogueteiro* a apresentar rendimentos mais reduzidos e *Foros de Amora e Belverde* a apresentar rendimentos mais elevados (anexos A.9.33 e A.9.34).

Relativamente à *satisfação com a situação financeira* observamos um valor médio de 2,1 (numa escala tipo *likert* de 1 a 5) com uma diferença estatisticamente significativa entre as 5 áreas em estudo ($p=0,006$), evidenciando uma maior satisfação em *Cruz de Pau* e em *Foros de Amora e Belverde* (ambos com 2,32) e uma menor satisfação no *Fogueteiro* (1,92) e na *Amora* (1,86). Interessante é observar que esta diferença apenas surge nos escalões de rendimento *1000 a 1999 Euro*, com *Paivas* mais insatisfeita, e *mais de 3000 Euro* com *Fogueteiro* mais insatisfeito (anexo A.9.35).

Também na *tipologia do rendimento familiar*, fonte de rendimento mais frequente em todas as áreas estudadas é *Vencimento Certo*, não apresentando as diferentes áreas estudadas diferenças estatisticamente significativas entre si ($p = 0,210$) (anexos A.9.36 e A.9.37).

A amostra refere ainda um nível de satisfação médio em relação às *condições habitacionais* superior ao valor médio da escala (3,76 numa escala de *likert* de 1 a 5), embora esta satisfação seja estatisticamente diferente entre as 5 áreas urbanas em estudo: a *Amora* apresenta um maior nível de satisfação (4,18) enquanto *Paivas* apresenta o valor mais reduzido (1,78). Esta observação é generalizável às diferentes tipologias habitacionais em estudo. O que realça destes dados é que *Paivas* e *Foros de Amora e Belverde* apresentam maior índice de insatisfação relativamente às suas condições habitacionais do que *Amora*, *Cruz de Pau* ou *Fogueteiro*, independentemente da tipologia em causa ($p=0,006$) (anexos A.9.38 e A.9.39).

Na avaliação do nível socioeconómico⁵⁰, podemos observar uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre as 5 áreas da cidade em estudo. A maioria da amostra situa-se no nível *socioeconómico médio (médio SE)* (53,4%) seguida de uma percentagem de 39,5% que se enquadra num nível *socioeconómico alto (Alto SE)*. Apenas 5,9% da amostra se insere num nível *socioeconómico baixo (Baixo SE)*. A área *Foros de Amora e Belverde* apresenta uma percentagem mais

⁵⁰ Como referido na parte 2 foi utilizada o SES de Saboga Nunes (2008).

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

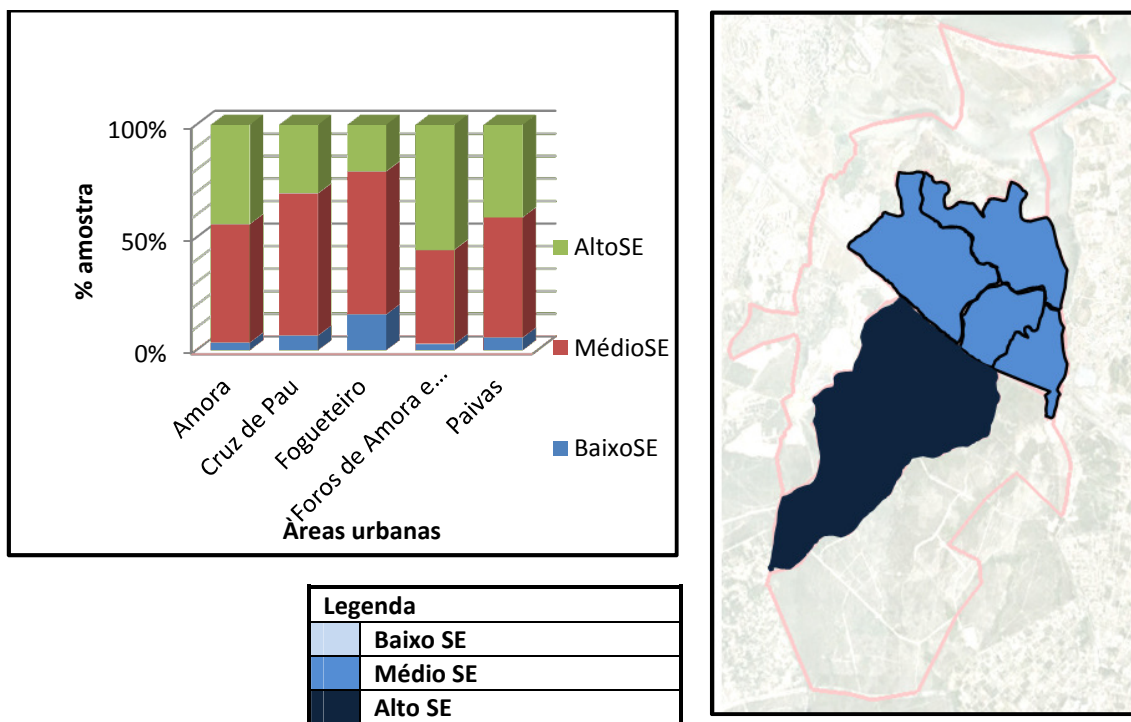
A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

elevada de população no nível *Alto SE* (55,5%) e mais reduzida no nível *Baixo SE* (2,7%). Por outro lado é a área *Fogueteiro* que apresenta menor índice socioeconómico: apenas 20,7% da população se enquadra no nível *Alto SE*, enquanto 15,9% se enquadra no nível *Baixo SE* (gráfico II.5.10 e anexo A.9.40).

A correlação entre *nível socioeconómico* e *saúde mental* apresenta um valor negativo, estatisticamente significativo ($p < 0,001$), embora apresentando uma correlação de *Spearman* fraca ($-0,223$)⁵¹, o que nos permite afirmar que um elevado nível de saúde mental está associado a um elevado nível socioeconómico (anexos A.9.41 e A.9.42).

Gráfico II.5.10: Nível socioeconómico nas cinco áreas urbanas em estudo



3.3. ATIVIDADE PROFISSIONAL E SAÚDE MENTAL

Quer a Declaração de Saúde Mental para a Europa quer o Plano de Ação de Saúde Mental para a Europa (WHO, 2005), assim como o Pacto Europeu para a Saúde

⁵¹ Recorda-se que na SES (*índice socioeconómico*) um nível socioeconómico mais elevado corresponde ao menor valor da escala, e um nível socioeconómico mais reduzido corresponde ao maior valor da escala.

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

Mental e Bem-estar (WHO, 2008c) reconhecem a importância da saúde mental, do bem-estar e da prevenção de problemas de saúde mental no local de trabalho, bem como a necessidade de superar o estigma, a discriminação e promover a reintegração. Globalmente, os transtornos mentais são as principais causas de incapacidade (WHO, 2001a).. Esta evidência vem reforçar o trabalho de Ozamiz *et al* (2006) e Lehtinen (2008) no desenvolvimento dos indicadores estruturais de saúde mental (MMHE-31) e justifica a importância da análise dos dados a seguir.

As pessoas da amostra trabalham, em média, há 14,6 anos na atividade profissional atual, com uma diferença não significativa ($p=0,153$) entre as cinco áreas em estudo. Os homens apresentam maior tempo na atividade profissional (16,56 anos) do que as mulheres (13,53 anos) mas esta diferença é transversal às diferentes áreas urbanas em estudo ($p=0,594$ e $p=0,139$ respectivamente) (anexos A.9.43 e A.9.44).

As pessoas da amostra trabalham uma média de 38,47 horas semanais sendo este indicador homogéneo nas cinco áreas em estudo ($p=0,514$). Tal como observado para o tempo de trabalho na atividade, os homens trabalham mais horas (40,43 horas) do que as mulheres (37,39) mas esta diferença é transversal às diferentes áreas urbanas ($p=0,830$ e $p=0,103$ respectivamente) (anexo A.9.45).

As pessoas da amostra referem um tempo médio de deslocação para o trabalho de 38,96 minutos não se identificando diferenças estatisticamente significativas entre as áreas em estudo ($p=0,512$). Observa-se um valor ligeiramente inferior nas mulheres (36,84) do que nos homens (42,78) mas esta diferença é transversal às diferentes áreas urbanas ($p=0,543$ e $p=0,447$ respectivamente) (anexo A.9.46).

A maioria das pessoas da amostra encontra-se empregada (596; 85,5%) sendo esta característica homogénea nas 5 áreas urbanas em estudo ($p=0,167$). Considerando a população desempregada, que atinge na amostra um valor de 14,5% (substancialmente superior ao valor do INE (2001) para a freguesia de 9,8%) identificamos uma maior incidência nos grupos menos de 1 ano e mais de 2 anos com 5,3% (37) da amostra total (anexo A.9.47). Este indicador está associado ao nível de saúde mental ($p < 0,001$) (anexo A.9.48) com os empregados com melhor nível de saúde mental (73,36), seguida da população desempregada há menos de 1 ano (69,90) e da população desempregada há mais de 1 ano (58,89). Os desempregados há mais de 2 anos melhoram o seu nível de saúde mental (65,49).

Nos 596 entrevistados (85,5% da amostra total) que referiram atividade profissional, identificamos um valor médio de *satisfação com o trabalho* (numa escala tipo *likert* de 1 a 5) de 3,38, não identificando diferenças estatisticamente significativas entre as 5 áreas urbanas em estudo ($p=0,548$) nem entre os sexos ($p=0,421$) (anexos A.9.49 e A.9.50).

Questionados sobre a atitude da sua entidade patronal em relação á *promoção do bem-estar no trabalho*, a maioria dos entrevistados (61,2%; 230) referem sentir essa preocupação pelo seu empregador, não se identificando diferenças entre as 5 áreas urbanas em estudo ($p=0,547$) (anexo A.9.51), nem evidenciando relação com o nível de saúde mental ($p=0,078$) (anexo A.9.52).

A maioria dos trabalhadores (62,5%; 235) trabalha com um contrato sem termo, sendo esta realidade homogénea nas 5 áreas urbanas em estudo ($p=0,222$). Apesar deste resultado interessa realçar os 11,9% (45) de trabalhadores que trabalham sem qualquer tipo de contrato (anexo A.9.53), não estando também este indicador relacionado com o nível de saúde mental ($p=0,384$) (anexo A.9.54).

3.4. VALORES, SUPORTE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

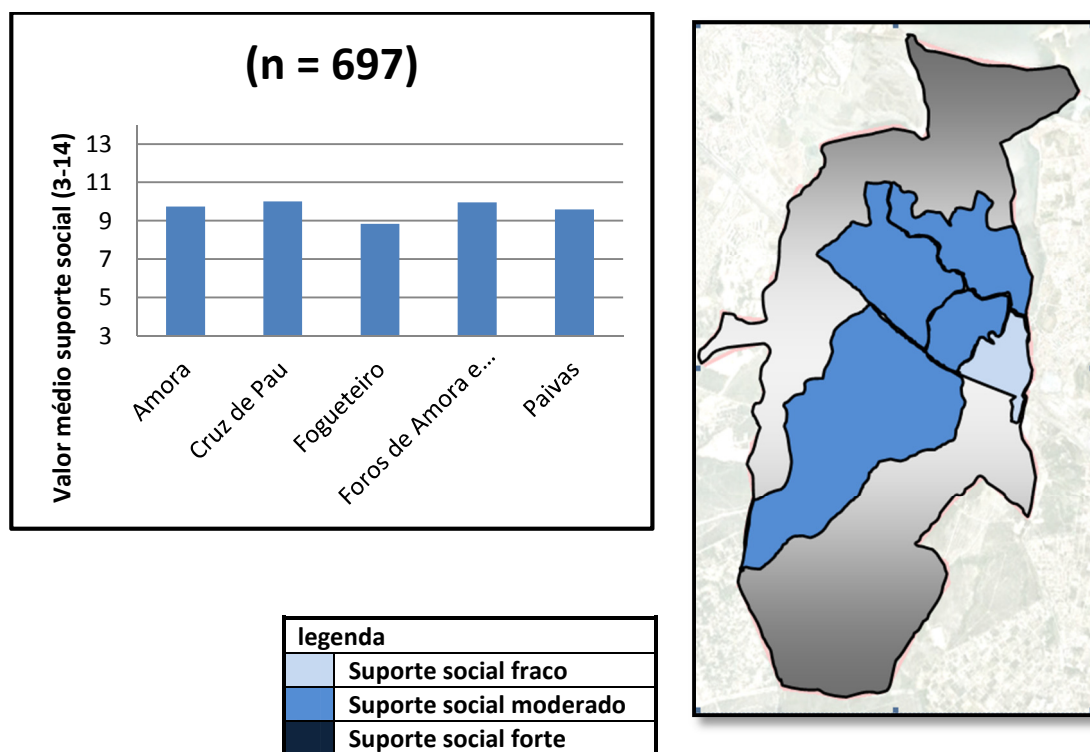
Foi identificada uma correlação positiva muito significativa ($p < 0,001$) entre suporte social e saúde mental (anexos A.9.56 e A.9.57).

Na amostra em estudo identificamos um suporte social mais elevado em *Cruz de Pau* (10,01) em oposição a um menor suporte social observado no *Fogueteiro* (8,83) com um valor na transição entre o *suporte social pobre* e o *suporte social intermédio*⁵².

Amora, Fors de Amora e Belverde e Paivas apresentam valores entre os 9,59 e os 9,96 (gráfico II.5.11). Pela análise dos resultados do teste Kruskal Wallis ($p=0,001$) podemos concluir que o *Fogueteiro* apresenta um suporte social significativamente inferior á Amora, Cruz de Pau e Fors de Amora e Belverde. A intervenção na promoção do suporte social deve assim ser prioritariamente efectuada no *Fogueteiro* e em Paivas (anexo A.9.55).

⁵² Suporte social: OSS -3 (Brevik & Dalgard, 1996); Tradução e adaptação de Gomes, 2011 - 3 a 8: Suporte social pobre; 9 a 11: suporte social intermédio; 12 a 14: Suporte social forte.

Gráfico II.5.11: Valores médios de suporte social por área de residência



Ainda considerando os valores, suporte e participação social, foi avaliado o estigma em relação a *estrangeiros*, *etnia (diferente)* e *doente mental*. O estigma é um dos maiores obstáculos a uma boa saúde mental nas comunidades (WHO, 2001a). Por reconhecer este importante fator, avaliou-se a distância social em relação e três grupos sociais: 1) *Estrangeiros*, 2) *etnia (diferente)* e 3) *doente mental*. Os valores apresentam um valor médio acima de 2,5 em relação aos três grupos⁵³, o que aponta para um estigma significativo relativamente a *estrangeiros*, *etnia (diferente)* e ao *doente mental*. Esta observação é transversal às 5 áreas urbanas estudadas, não tendo sido identificadas diferenças nos *testes Kruskal Wallis* efectuados ($p > 0,05$) (anexo A.9.58).

Observa-se ainda que o estigma associado aos três grupos considerados tem uma correlação moderada positiva muito significativa ($p < 0,001$) entre si, apresentando igualmente uma correlação negativa, embora fraca, mas significativa ($p < 0,001$) entre o estigma relacionado com *estrangeiros* e com *etnia diferente* com o nível de saúde mental (Quadro II.5.4).

⁵³ Recordamos que a ausência de estigma é representado pelo valor 1 e o valor 3 já delimita significativamente a relação que se deseja desenvolver com o outro

Quadro II.5.4: Correlação de *Spearman* distância social (estrangeiros, etnia e doente mental) e saúde mental

Distância social		Distância social Estrangeiros	Distância social Etnia	Distância social Doente mental	Saúde mental
Distância social Estrangeiros	rho	1,000			
	p	.			
	n	697			
Distância social Etnia	rho	0,709**	1,000		
	p	<0,001	.		
	n	697	697		
Distância social Doente mental	rho	0,441**	0,527**	1,000	
	p	<0,001	<0,001	.	
	n	697	697	697	
Saúde mental	rho	-0,158**	-0,122**	-0,096*	1,000
	p	<0,001	0,001	0,011	.
	n	697	697	697	697
** Correlação significativa (p <0, 001)					
* Correlação significativa (p <0.05)					

Apesar de significativo (p <0,05) o estigma relacionado com o doente mental apresenta uma correlação residual (-0,096), que optamos por não considerar. Isto significa que o estigma perante o *outro diferente* é independente do motivo da *diferença* e está inversamente relacionado com o nível de saúde mental.

Para além da dimensão estrutural da inclusão social, que se relaciona com uma sociedade inclusiva, existe também uma dimensão de conteúdo: o suporte social promovido por relações interpessoais efetivas, a capacidade de se envolver em atividades de grupo e a participação cívica (Victorian Health Promotion Foundation, 2005). Os dados apontam para uma diferença estatisticamente significativa entre as 5 áreas em estudo (p <0,001) com *Foros de Amora e Belverde* que ocupa mais facilmente o tempo em oposição ao *Fogueteiro* onde essa dificuldade é mais referenciada (anexo A.9.59). Outro dado interessante surge quando cruzamos a facilidade em ocupar o tempo com o voluntariado. No caso da população envolvida em voluntariado, a diferença entre as 5 áreas desaparece (p=0,262) e todas elas apresentam um aumento na facilidade de ocupação do seu tempo (anexo A.9.60), mantendo-se a diferença estatística (p <0,001) entre as 5 áreas urbanas em estudo, se considerarmos a população não envolvida em voluntariado (anexo A.9.61).

3.5. SAÚDE MENTAL E SENTIDO DE COERÊNCIA

O melhor nível de saúde mental foi identificado em *Foros de Amora e Belverde* (75,09) em oposição a um nível mais reduzido no *Fogueteiro* (69,19). Não estão identificadas

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

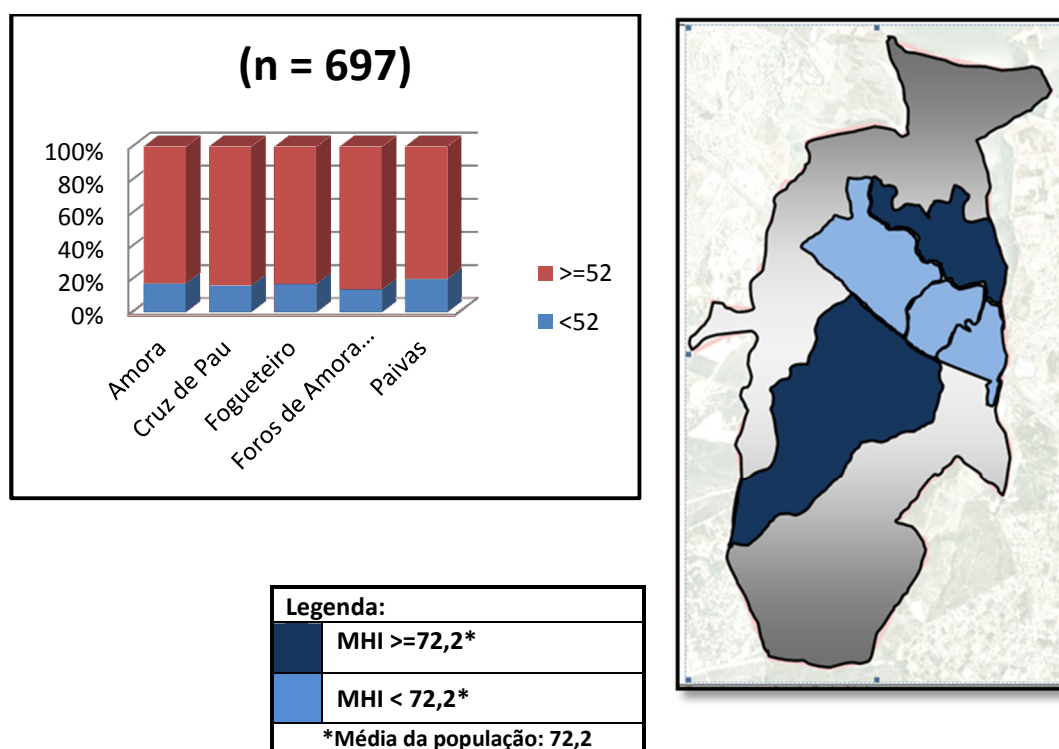
A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

diferenças estatisticamente significativas entre as 5 áreas em estudo ($p > 0,05$) se considerarmos o total da população. Uma análise à população feminina mostra-nos uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,019$) com *Foros de Amora e Belverde* referindo melhor saúde mental e *Fogueteiro* referindo pior saúde mental. Apesar desta diferença, os dados apontam para um nível de saúde mental médio superior ao ponto de corte (52) (Kelly *et al*, 2008) pelo que podemos afirmar que o nível de saúde mental é satisfatório nas 5 áreas em estudo (anexos A.9.62 e A.9.63).

Foi identificada uma correlação positiva estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre o nível de *saúde mental* e os *anos de escolaridade* e o nível de *saúde mental* e o *suporte social*. Estes resultados reforçam a evidência da escolaridade e do suporte social serem importantes determinantes em promoção da saúde mental (gráfico II.5.12).

Gráfico II.5.11: Nível de saúde mental por área de residência

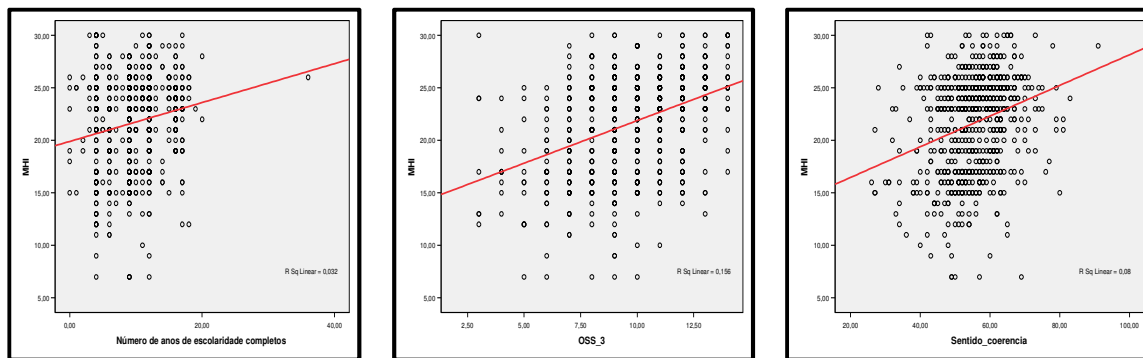


Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

Gráfico II.5.12: Correlação entre o nível de saúde mental e os anos de escolaridade completos, o suporte social e o sentido de coerência



Saúde mental/Anos de escolaridade
 $R_p = 0,178; p < 0,001$

Saúde mental/Suporte social
 $R_p = 0,395; p < 0,001$

Saúde mental/sentido de coerência
 $R_p = 0,282; p < 0,001$

O *sentido de coerência* apresenta uma correlação fraca (0,282) com o nível de saúde mental dos indivíduos, embora estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (anexo A.9.64). Embora não tenham sido identificadas diferenças em relação à saúde mental nas 5 áreas urbanas da cidade em estudo, os resultados do teste *Kruskal Wallis* relativos ao *sentido de coerência* por área de residência apontam para diferenças estatisticamente significativas entre as áreas urbanas, considerando inclusivamente as diferentes dimensões do *sentido de coerência*. De facto, *Foros de Amora e Belverde* apresenta valores significativamente superiores em oposição ao *Fogueteiro* que apresenta valores significativamente inferiores em todas as dimensões em estudo (anexos A.9.65, A.9.66, A.9.67 e A.9.68).

3.6. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Em relação à *autoapreciação do estado de saúde* identificamos um valor médio de 2,59 (numa escala tipo *likert* de 1 a 5) que aponta para uma autoapreciação abaixo do valor médio da escala (3). As pessoas da amostra tem uma *autoapreciação do estado de saúde* má ou muito má na sua maioria não se identificando diferenças entre as 5 áreas urbanas em estudo ($p=0,296$) (anexo A.9.69). A medida *energia e vitalidade* apresenta valores mais positivos com um valor médio de 3,71 (numa escala tipo *Likert* de 1 a 5), situação que, em semelhança com a *autoapreciação do estado de saúde*, não apresenta diferenças entre as 5 áreas urbanas em estudo ($p=0,850$) (anexo

A.9.70). Quando questionados sobre a *autoapreciação da qualidade de vida*, a amostra também apresenta valores acima da média da escala (3,51) mas, neste caso, observa-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) com *Foros de Amora e Belverde* a apresentar um valor médio de 3,58 e, em oposição, o *Fogueteiro* a apresentar um valor médio de 3,3 (anexo A.9.71). A mesma diferença, estatisticamente significativa ($p < 0,001$), pode ser observada em relação ao *sentimento de segurança*. É novamente a área *Foros de Amora e Belverde* que apresenta o valor médio mais elevado (3,99) e é no *Fogueteiro* que a amostra refere um menor *sentimento de segurança* (3,37) ainda assim superior ao valor médio da escala (3) (anexo A.9.72).

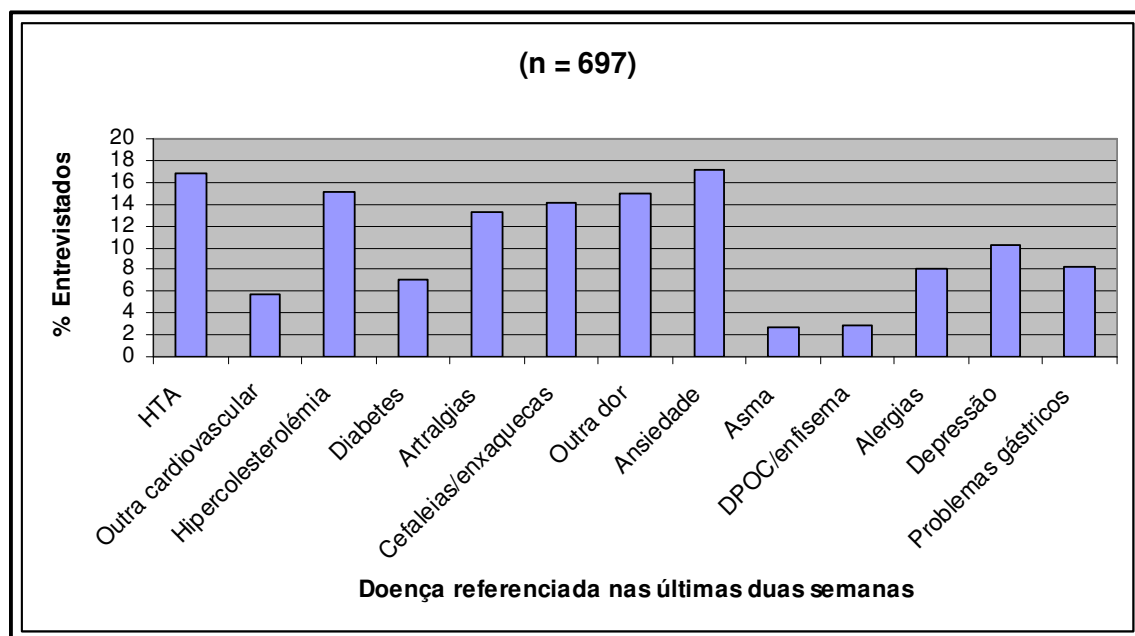
A participação em grupos de auto-ajuda é um recurso que apenas é utilizado por 4,6% (32) da amostra em estudo. Apesar das diferenças nas frequências relativas de cada uma das 5 áreas urbanas, com o *Fogueteiro* a apresentar 8,5% da amostra envolvida em grupos de autoajuda e a *Amora* apenas 2,2%, esta diferença não se revela estatisticamente significativa ($p = 0,063$) (anexo A.9.73), nem associa a frequência de grupos de autoajuda com o nível de saúde mental ($p = 0,228$) (anexo A.9.74).

Outro indicador considerado diz respeito ao *índice de massa corporal* (IMC). O valor médio encontrado é de um IMC de 25,78. Esta observação é transversal a todas as áreas urbanas em estudo com exceção de *Paivas* onde o valor médio é inferior a 25 (24,81). O teste de Kruskal-Wallis aponta ainda para uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) com o *Fogueteiro* a apresentar maior IMC e *Paivas* menor IMC (anexo A.9.75). Não foi identificada relação entre IMC e saúde mental na amostra em estudo ($p = 0,616$) (anexo A.9.76).

A toma de medicamentos sugere um problema de saúde em que se propõe uma resposta farmacológica, mediada ou não pelo médico. Relativamente a este indicador, nas duas semanas prévias à entrevista, 63,6% (443) da amostra encontrava-se a tomar medicamentos sendo que, dos 447 entrevistados que se refiram à existência ou não de prescrição médica, 90,4% (404) tinham associado ao fármaco uma prescrição médica. A toma de medicamentos apresenta uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,041$) entre as 5 áreas urbanas, em que *Paivas* é a área onde mais entrevistados referiram estar a tomar medicamentos (73,3%) e *Cruz de Pau* a área onde esta frequência é menor, mas ainda assim superior a 50% (57,0%) não sendo esta diferença observável quando questionamos a prescrição médica do fármaco consumido (anexos A.9.77 e A.9.78).

Questionados sobre *doença crónica existente*⁵⁴, a doença mais referenciada pelos entrevistados é a *ansiedade* com 17,22% (120) a referi-la nas duas semanas anteriores á entrevista. A *HTA* é referenciada por 16,79% (117) da amostra e a *hipercolesterolemia* por 15,21% (106). Neste último caso, identificamos diferenças ($p=0,028$) entre as 5 áreas em estudo com *Foros de Amora e Belverde* a apresentar uma maior percentagem (31,1%) em oposição a *Fogueteiro* e *Paivas* (ambos com 11,3%). Esta diferença entre as áreas é também identificada na categoria *outra dor* ($p=0,004$) com um valor global de 14,92% mas apresentando uma diversidade de valores que variam entre os 30,4% de *Amora* e os 10,0% de *Foros de Amora e Belverde*. Sem diferenças observadas entre as áreas urbanas, as *cefaleias/enxaquecas* afectam 14,06% (98) indivíduos, as *artralgias* 13,34% (93), a *depressão* é referenciada por 10,33% (72) dos entrevistados, os *problemas gástricos* por 8,18% (57), muito próximo do valor observado para as *alergias* (8,03%; 56), enquanto a *diabetes* afeta 7,03% (49) dos entrevistados. Menos referenciadas, mas igualmente sem diferenças observadas entre as 5 áreas urbanas, foram as categorias *outra cardiovascular* com 5,74% (40) dos entrevistados, *DPOC/Enfisema* com 2,87% (20) e a *asma* com 2,73% (19) (anexo A.9.79; gráfico II.5.12).

Gráfico II.5.12: Doença crónica referenciada pela amostra nas últimas duas semanas



⁵⁴ Não se refere a diagnósticos mas a sintomatologia referenciada pelo entrevistado.

Dos entrevistados, 6% (42) estão de baixa há mais de um mês por incapacidade, não tendo sido identificadas diferenças entre as 5 áreas urbanas em estudo ($p=0,778$) (anexo A.9.80). Dos 42 entrevistados que referiram estar de baixa há mais de um mês por incapacidade, apenas 30 se referiram à percentagem de incapacidade apontando um valor médio de 46,73% de incapacidade que não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre as 5 áreas em estudo ($p=0,255$) (anexo A.9.81).

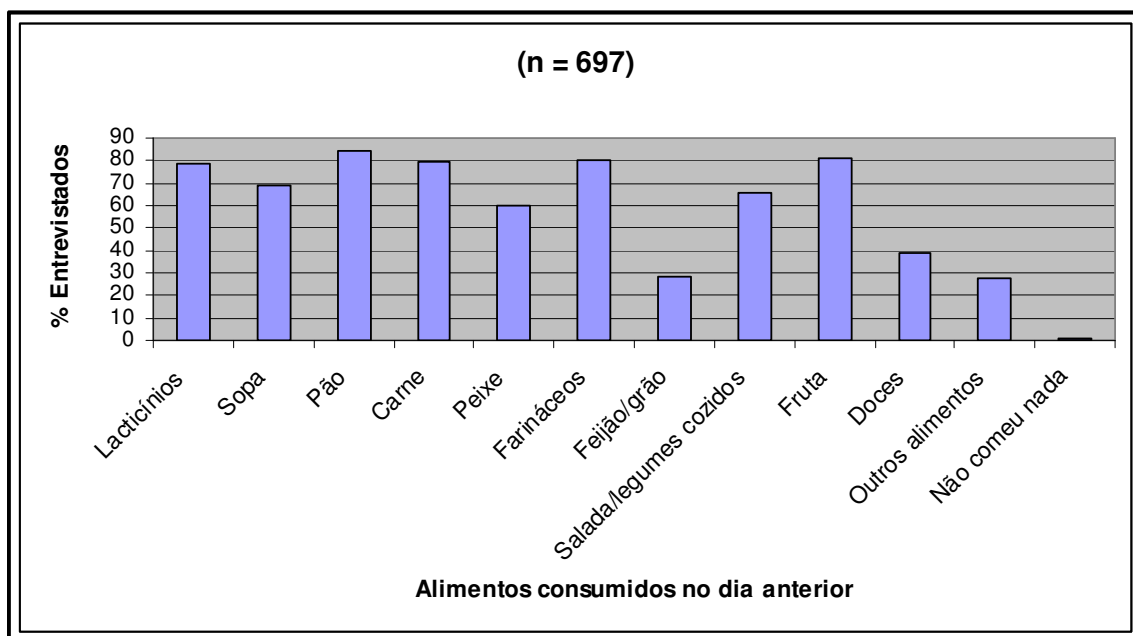
2.7. HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA

Os estilos de vida são fundamentais na construção da saúde de cada indivíduo e da comunidade em geral. A alimentação é um determinante decisivo do estado de saúde, e também, do estado de saúde mental. Através de um inquérito alimentar de 24 horas foi possível saber que, na cidade de Amora, o alimento mais consumido⁵⁵ foi o *pão* com 84,5% (589) dos entrevistados que o incluíram na sua dieta no dia anterior à entrevista, apresentando diferenças entre as 5 áreas urbanas, onde a *Amora* é o lugar que mais pão referiu consumir (90,4%) em oposição ao *Fogueteiro* (75,6%). Nos outros alimentos considerados na entrevista não foram identificadas diferenças entre as 5 áreas urbanas em estudo. No dia anterior à entrevista, a *fruta* foi consumida por 81,35 (567) dos entrevistados, os *farináceos* por 80,5% (561) e a *carne* foi preferida ao peixe com uma referência de consumo de 79,2% (552). Os *lacticínios* ocuparam um modesto 4º lugar com 78,5% (547) e a *sopa* apresentou-se com 68,6% (478). A ingestão de salada/legumes cozidos no dia anterior à entrevista foi referenciada por 65,4% (456) e o peixe foi consumido por 60,1% (419) dos entrevistados. Os doces com um consumo referenciado por 38,9% (271), o feijão/grão referenciado por 28,6% (199) e outros alimentos referenciados por 27,4% (191) foram os alimentos menos consumidos no dia anterior à entrevista. Acresce que 1,0% da amostra (7) referiram não se ter alimentado no dia anterior à entrevista (anexo A.9.82 e Gráfico II.5.13).

Os Problemas Ligados ao consumo de Álcool (PLA) constituem em Portugal um importante problema de saúde pública (Instituto da Droga e da Toxicod dependência, 2010). O teste de Kruskal-Wallis não identifica diferenças entre as 5 áreas em estudo ($p = 0,683$) (anexos A.9.83 e A.9.84). Na amostra estudada 11,6% da população refere um consumo acima do ponto de corte (5) (Lavikainen; Fryers & Lehtinen, 2006).

⁵⁵ No dia anterior à entrevista.

Gráfico II.5.13: Alimentos consumidos pela população no dia anterior



2.8. PARENTALIDADE E SAÚDE MENTAL

Dos entrevistados, 152 (21,81%) referiram ter sido pais há menos de 10 anos. Destes, apenas 53,3% (81) se referem à *frequência de uma consulta pré-natal*. Este dado torna-se ainda mais importante quando observamos uma diferença entre as 5 áreas em estudo ($p=0,036$) com *Foros de Amora e Biverde* a atingir uma percentagem de 66,7% e *Paivas* a apresentar uma percentagem de 26,3% (anexo A.9.85). O teste *U de Mann Whitney* não apresenta diferenças no nível de saúde mental em relação à frequência da consulta pré natal ($p=0,620$) (anexo A.9.86).

Considerando a *frequência de uma consulta pós-parto*, os dados ainda excluem mais de um terço dos pais há menos de 10 anos. Dos entrevistados apenas 65,8% (100) refere ter tido acesso a uma consulta pós parto (anexo A.9.87). Este resultado é homogéneo nas 5 áreas urbanas em estudo ($p=0,124$), sem influência no nível de saúde mental ($p=0,441$) (anexo A.9.88).

A *amamentação* apresenta valores de 65,2% (99) dos entrevistados a afirmarem terem amamentado o seu filho em exclusivo pelo menos até aos 3 meses, sendo as 5 áreas urbanas em estudo homogéneas em relação a este indicador ($p=0,326$). De realçar os

19 entrevistados (12,5%) que afirmaram não ter amamentado o seu filho (anexo A.9.89). Não foi identificada relação entre o nível de saúde mental e a amamentação ($p=0,604$) (anexo A.9.90).

O *acesso a serviços pré escolares centrados na criança* é uma realidade para 69,7% (106) dos pais entrevistados. Também neste indicador estrutural de saúde mental as 5 áreas em estudo apresentam valores homogéneos ($p=0,880$) (nexo A.9.91). Neste indicador foi identificada uma relação entre saúde mental e acesso a serviços pré-escolares centrados na criança ($p < 0,001$) com os pais que usufruem de serviços pré-escolares centrados na criança a apresentarem melhor nível de saúde mental (75,38) do que os que referem não usufruírem de serviços pré-escolares centrados na criança (63,62) (Anexo A.9.92).

2.9. ENVELHECIMENTO E SAÚDE MENTAL

Dos entrevistados 103 (14,8% da amostra estudada) tem 65 ou mais anos. A este grupo populacional foi questionado a *frequência de clubes e centros* dedicados à população mais idosa. Numa escala de Likert de 1 a 5 (sendo 1 *nunca* e 5 *sempre ou quase sempre*) a média de respostas ficou-se pelos 2,17, o que aponta para uma frequência reduzida destas estruturas de apoio comunitário. Esta realidade é transversal a toda a cidade estudada ($p=0,815$), apesar de uma maior frequência referida por *Foros de Amora e Belverde* (Anexo A.9.93). A frequência de clubes e centros não apresenta associação com o nível de saúde mental da população sénior estudada ($p=0,082$) (Anexo A.9.94).

Dos entrevistados com mais de 65 anos, 26,2% (27) frequentam *formação e/ou educação*, sem se identificarem diferenças entre as 5 áreas em estudo ($p=0,927$) (anexo A.9.95). Apesar da população que frequenta esta formação apresentar melhor nível de saúde mental (74,94) do que a que não frequenta (69,12), esta diferença não se apresenta estatisticamente significativa ($p=0,113$) (anexo A.9.96).

Por outro lado, apenas 5,8% (6) dos entrevistados com mais de 65 anos referem ter *apoio domiciliário*⁵⁶, sem diferença entre as 5 áreas urbanas em estudo ($p=0,406$) (anexo A.9.97), não estando este indicador associado com o nível de saúde mental ($p=0,160$) apesar dos dados descritivos apontarem um pior nível de saúde mental

⁵⁶ Como definido no capítulo 4: *materiais e métodos* não inclui visitas domiciliárias de estruturas de saúde.

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

naqueles que referem beneficiar do apoio (61,67) em relação àqueles que não o utilizam (71,20) (anexo A.9.98). A este número reduzido acresce um valor igual (5,8%; 6) que referem *viver em casa dos filhos*, homogéneo nas 5 áreas urbanas ($p=0,101$) (anexo A.9.99), não apresentando relação com o nível de saúde mental da população sénior ($p=0,208$) (anexo A.9.100) apesar dos que vivem em casa dos filhos apresentarem níveis inferiores de saúde mental (65,55) do que aqueles que não partilham a casa dos seus descendentes (70,96).

4. CONSTRUÇÃO DE UM MODELO PREDITIVO

Será possível prever os ganhos em saúde mental a partir das características de uma comunidade?

Com esta perspectiva em mente e considerando o desenho do processo de investigação e as características das variáveis em estudo, efetuou-se uma análise de *regressão logística múltipla*, com metodologia *stepwise*, para procurar entender as relações do nível de saúde mental da população com as características (*latus sensus*⁵⁷) do espaço urbano onde estão inseridas. As variáveis foram recodificadas em variáveis qualitativas binárias (ou dicotómicas), considerando 1 (*um*) o resultado positivo (melhor *energia e vitalidade*, melhor *qualidade de vida*, menor *consumo de álcool*, melhor *suporte social*, melhor *nível socioeconómico* e melhor *saúde mental*) 0 (*zero*) o resultado negativo (pior *energia e vitalidade*, pior *qualidade de vida*, maior *consumo de álcool*, pior *suporte social*, pior *nível socioeconómico* e pior *saúde mental*) (Menard, 2002; Aguiar, 2007).

Foram verificados os pressupostos propostos por Aguiar (2007). O modelo em análise, que inclui as variáveis, apresenta um *Qui-quadrado* de 167,083 para 5 *graus de liberdade* ($p < 0,001$) o que permite afirmar que o modelo que inclui os 5 coeficientes de regressão (para além da constante) é estatisticamente significativo (quadro II.5.5).

Quadro II.5.5: Omnibus Tests of Model Coefficients

		χ^2	gl	p
Step 1	Step	167,083	5	<0,001
	Block	167,083	5	<0,001
	Model	167,083	5	<0,001

De forma a identificar quais as variáveis mais importantes para a regressão efetuou-se o teste de *Wald* a cada um dos coeficientes de regressão, apesar do teste apresentar limitações podendo apresentar um resultado estatisticamente não significativo se o erro padrão apresentado for muito elevado (Aguiar, 2007). Efetuado o teste da *razão*

⁵⁷ Ver Parte 1.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

de *verosimilhanças* de dois modelos, retirando as variáveis que apresentavam maior erro padrão, concluiu-se pela sua manutenção por apresentar um *Qui-quadrado significativamente inferior* (143,647) para 3 graus de liberdade. Com este resultado optou-se por incluir na equação as variáveis *energia e vitalidade*, a *qualidade de vida*, o *consumo de álcool*, o *suporte social* e o *nível socioeconómico*.

Quadro II.5.6: Coeficientes de regressão logística, erro padrão, estatística de *wald* e respetivos graus de liberdade e significância estatística das variáveis incluídas na equação

	B	S.E.	Wald	gl	p	Exp(B)	Intervalo de confiança de 95% para Exp(B)	
							Limite inferior	Limite superior
Energia e vitalidade	1,906	,476	16,015	1	<0,001	6,726	2,645	17,107
Qualidade de vida	1,508	,427	12,439	1	<0,001	4,516	1,954	10,439
Consumo de álcool	1,315	,370	12,623	1	<0,001	3,726	1,803	7,697
Suporte social	1,024	,210	23,886	1	<0,001	2,785	1,847	4,199
Índice socioeconómico	0,796	,182	19,081	1	<0,001	2,218	1,551	3,170
Constante	-5,202	,685	57,594	1	<0,001			

Pela análise do quadro II.5.6. observamos que as variáveis *energia e vitalidade*, a *qualidade de vida*, o *consumo de álcool*, o *suporte social* e o *nível socioeconómico* apresentam efeito estatisticamente significativo sobre a *saúde mental*. Observamos que o modelo é estatisticamente significativo, mas interessa igualmente avaliar a sua qualidade, ou seja, averiguar se este representa adequadamente a realidade. Para o efeito, foi realizado o teste de *Hosmer and Lemeshow goodness of fit*, que demonstrou que o modelo é adequado já que a hipótese nula não é rejeitada apresentando um *p* elevado (0,874) (quadro II.5.7).

Quadro II.5.7: Teste de *Hosmer and Lemeshow goodness of fit* do modelo proposto

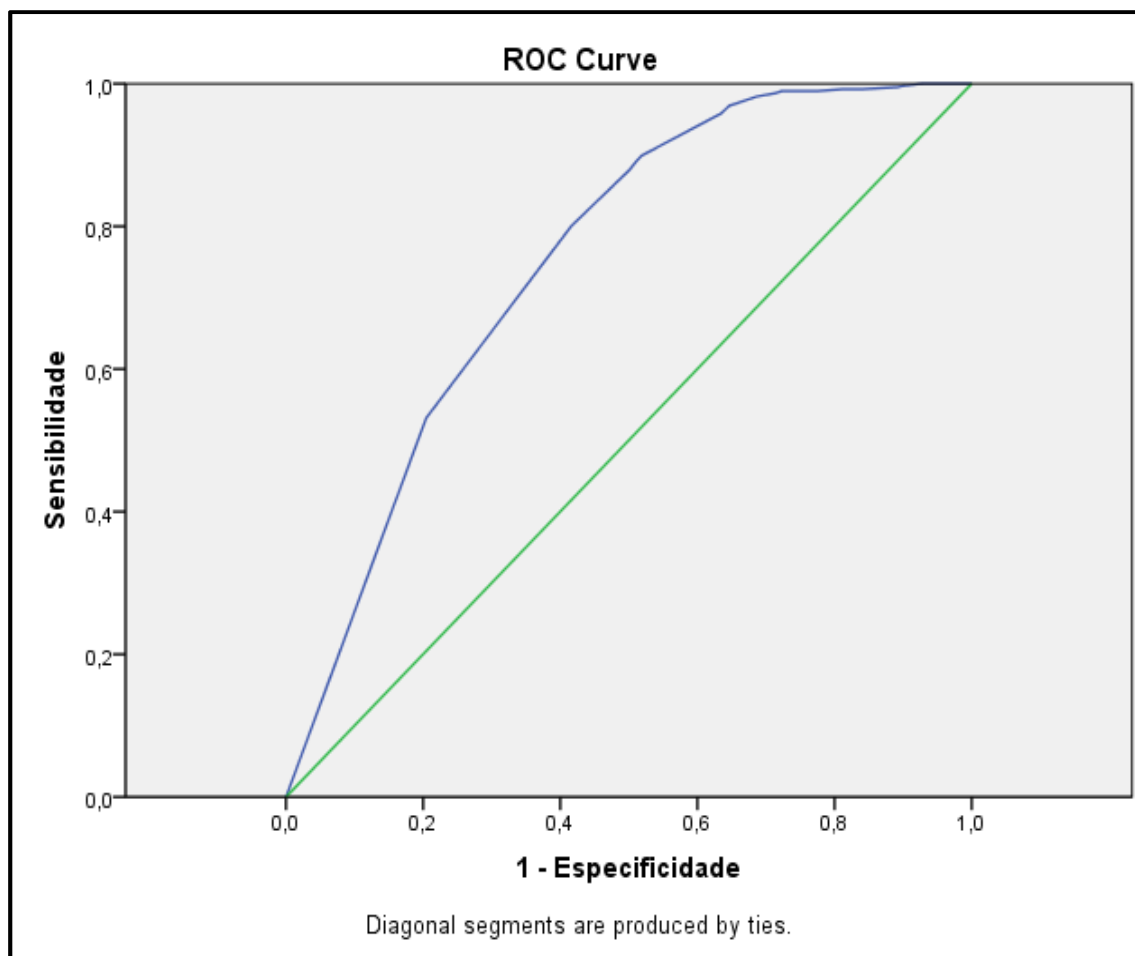
Step	X ²	gl	p
1	1	1,226	0,874

Para além desta análise, consideramos de especial interesse, para a análise da qualidade do ajustamento, o cálculo da *área sob a curva ROC*. Sabe-se que existe

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

uma tendência para, quanto maior for a sensibilidade do modelo, também maior é o risco de detetar falsos positivos (Aguiar, 2007). Neste caso a *área sob a curva ROC* (gráfico II.5.14) é de 75,6%, o que revela uma boa qualidade do modelo (Aguiar, 2007).

Gráfico II.5.14: Curva ROC do modelo preditivo (regressão logística múltipla)



Com os resultados alcançados podemos construir um modelo preditivo da *saúde mental* (MHI) considerando as cinco variáveis independentes (Menard, 2002): *Energia e vitalidade* (EVI); *Qualidade de vida* (QdV); *Consumo de álcool* (AUDIT); *Suporte social* (OSS); *Nível socioeconómico* (SES).

A regressão logística pode ser descrita da seguinte forma:

$$\text{Logit}(p) = - 5,202 + 1,906 \text{ EVI} + 1,508 \text{ QdV} + 1,315 \text{ AUDIT} + 1,024 \text{ OSS} + 0,796 \text{ SES}$$

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

Podemos transformar o *logit* (p) em p (probabilidade de ter um resultado positivo) através da seguinte fórmula (Menard, 2002; Aguiar, 2007):

$$P = 1 / 1 + \text{Exp}(B)^{\text{logit}(p)}$$

5. CONSTRUÇÃO DO PLANO LOCAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Analisar e interpretar os dados numa IPBC é um trabalho de colaboração onde académicos e comunidade se envolvem na construção de uma metodologia de co-aprendizagem (Cashman *et al*, 2008) que permita a discussão e interpretação dos dados e dos resultados identificados assim como a identificação das prioridades e das estratégias de intervenção.

A IPBC não difere de outras formas de investigação, no que aos métodos diz respeito. Como fomos observando, utiliza uma vasta variedade de abordagens quantitativas e qualitativas. A diferença reside na atitude dos investigadores que determinam *como*, *por quem* e *para quem* a investigação é conceptualizada e conduzida, e a correspondente distribuição de poder aos seus diversos intervenientes em cada fase do processo de investigação (Minkler & Baden, 2008).

A 7 de janeiro de 2010, iniciou-se o trajeto que agora reproduzimos na construção do Plano Local de Promoção da Saúde Mental na Amora (doravante denominado de *n'Amora bem*). Um trabalho preparatório que se prolongou por um ano até serem criadas as condições para a recolha de dados e a resposta ao desiderato proposto, e por mais outro ano para se atingir uma situação de avaliação política (Minkler & Wallerstein, 2008; Loureiro & Miranda, 2010).

Servimo-nos do *protocolo para a investigação baseada na comunidade* (Brown & Vega, 2008) para fundamentar e refletir o desenrolar do processo. Segundo os seus autores, este protocolo é um ponto de partida para um diálogo mais alargado acerca da natureza da investigação académica. Na essência procura-se perceber a relevância da investigação académica para as necessidades específicas de saúde de uma determinada comunidade. Por outras palavras, o protocolo procura apoiar a adequação das metodologias de investigação (*investigação/research*) às necessidades de uma determinada população com a sua história, os seus recursos e as suas características específicas (*comunidade/community*), envolvendo-a nos diferentes passos do processo. O *protocolo para a investigação baseada na comunidade* foi desenvolvido em 1994 por uma comunidade de Oakland que envolveu organizações comunitárias, universitárias e governamentais (Brown & Vega, 2008).

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

De uma forma muito simples, o protocolo está desenvolvido como uma série de questões à volta das quais investigadores e comunidade devem centrar o seu diálogo. Cada uma destas questões tem pelo menos duas abordagens possíveis e distintas: 1) a *abordagem do ponto de vista do investigador*, e 2) a *abordagem do ponto de vista da comunidade*. No caso de desenvolvimento do *n'Amora bem* a satisfação das questões do protocolo *para a investigação baseada na comunidade* foi efetuada pelo investigador em colaboração contínua e síncrona com as estruturas de gestão da JFA e com o NECSFA. O caminho efetuado nesta IPBC pode ser observado no quadro II.5.7.

Quadro II.5.7: Protocolo para a investigação baseada na comunidade: *n'Amora Bem*

(continua na página seguinte)

Protocolo para a investigação baseada na comunidade (Adaptado de Brown & Vega, 2008)	O caso do PLPSMA (n'Amora bem)
Os membros da comunidade serão contratados?	No desenvolvimento do PLPSMA houve um envolvimento voluntário de várias estruturas da comunidade que aceitaram participar e contribuir para o estudo de uma forma gratuita. Para isso houve necessidade de proceder a várias reuniões: uma primeira em que se apresentou o projeto à rede social do município S, em que os seus membros reforçaram o interesse de participação. Este acolhimento não teve continuidade devido à impossibilidade de conseguir o mesmo sucesso com o município A, que permitiria um estudo comparativo entre municípios. Quatro meses depois, e numa situação de impasse em relação ao desenvolvimento do processo de IPBC, a Comissão social de uma das freguesias do município S, propôs o desenvolvimento da IPBC no seu território urbano: foram apresentados e discutidos os objetivos e métodos propostos e desenhado um cronograma para a intervenção com o Núcleo Executivo da Comissão Social de Freguesia (NECSFA).
Os membros da comunidade serão treinados/formados?	Entre novembro de 2010 e janeiro de 2011, foram formados 42 entrevistadores de elementos da comunidade que participaram voluntária e gratuitamente no processo (Anexo V e Anexo VI). Foi elaborado um glossário de apoio à compreensão dos termos e dos processos associados à promoção da saúde mental, distribuído por cada um dos formandos. O processo de formação incluiu a análise de todas as questões do formulário a aplicar bem como a metodologia de amostragem discutida e aprovada no âmbito do NECSFA.
A investigação será construída sobre as características da comunidade e procurará promover o seu desenvolvimento?	Em junho de 2010 foram realizadas duas reuniões com vista à adequação das variáveis às necessidades expressas pelo NECSFA. A reformulação do instrumento exigiu a retirada de algumas questões inicialmente selecionadas, a utilização de instrumentos de curta dimensão (OSS-3 e MHI) e a introdução de questões relativas a situações de doença, hábitos alimentares e consumo de álcool (AUDIT 5).
Vai existir continuidade do processo?	Em 27 de março de 2012 procedeu-se à aprovação formal do PLPSMA pelo plenário da CSFA (aprovado por unanimidade) com vista à sua integração no seu plano de atividades. A JFA esteve envolvida desde o primeiro momento na IPBC, e demonstra interesse em colocar em prática o PLPSMA, que já integra o plano de ação do CSFA e da JFA para o ano 2012.
Como será a comunidade envolvida na definição dos objetivos da investigação?	Todo o processo de construção da IPBC foi elaborado com uma participação ativa do NECSFA, com reuniões regulares com a CSFA (quadro II.4.1).
Os investigadores estão	Existe interesse na continuidade do projeto por parte dos investigadores,

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

comprometidos com o seguimento necessário para a implementação alargada da IPBC?	tendo o mesmo sido manifestado junto da JFA e do NECSFA. O plano inclui a colaboração dos investigadores no horizonte temporal do <i>n'Amora Bem</i> .
Como será a comunidade envolvida na análise dos dados?	A comunidade foi envolvida na análise dos dados em cinco momentos: em abril de 2011, para uma análise dos dados provisórios, em novembro de 2011 para uma apresentação dos dados definitivos e em janeiro e fevereiro de 2012 para o desenho do PLPSMA fundamentado nos dados recolhidos, e, finalmente, em março de 2012 para aprovação do plano final.
Quais são as questões?	As questões orientadoras do estudo resumem-se a três perguntas de partida: Q1: Que factores estruturais estão associados à presença de níveis elevados de saúde mental nas comunidades urbanas? Q2: Que relação pode ser afirmada entre as múltiplas dimensões da organização do espaço urbano e o nível de saúde mental das comunidades urbanas? Q3: Como desenvolver um Plano Local de Promoção da Saúde Mental envolvendo a comunidade no processo?
Quais são os vieses?	O recurso a uma amostragem por bola de neve, apesar da estratificação da amostra por área de residência, introduz uma fragilidade metodológica no estudo, não garantindo a aleatoriedade da recolha dos dados. A necessidade de utilizar um largo conjunto de instrumentos para caracterização da comunidade, enquadrado no trabalho de IPBC, levou à utilização de instrumentos com características psicométricas frágeis.
Que percepções da comunidade serão potencialmente criadas como consequência da análise e da publicação dos resultados? O princípio da confidencialidade será violado se os resultados da investigação forem tornados públicos?	Corria-se o risco de apresentar uma perceção da comunidade negativa. Este risco foi considerado nas várias reuniões com as estruturas da comunidade, tendo-se procurado reforçar os aspetos positivos da avaliação da IPBC e utilizar os resultados como ponto de partida para uma melhoria do nível de saúde mental da comunidade com a análise e interpretação permanente da CSFA, envolvendo a própria comunidade na publicação dos resultados (solicitada pelo NECSFA e pela JFA). O princípio da confidencialidade não será violado com a publicitação dos resultados, visto que o anonimato dos 905 elementos que compuseram as três amostras foi garantido, assegurando igualmente um consentimento devidamente informado de cada entrevistado.
Como, quando e por quem devem os resultados ser publicitados?	Do ponto de vista da comunidade os dados serão apresentados pelo NECSFA, num evento aberto à comunidade com a participação ativa do investigador principal. Esta apresentação está prevista para o junho de 2012, para permitir o início efetivo da aplicação do <i>n'Amora Bem</i> a partir de setembro de 2012. Discute-se ainda a possibilidade de publicação da totalidade do estudo com o apoio do NECSFA e da JFA.
Qual é o foco da investigação dirigido às necessidades de saúde de longo prazo da comunidade?	O foco da investigação é a saúde mental da comunidade e a implementação do <i>n'Amora Bem</i> , numa perspetiva de avaliação do impacto do plano na promoção da saúde mental dos Amorenses.
Será a metodologia de investigação utilizada suficientemente rigorosa e simultaneamente verdadeiramente baseada na comunidade que incorpore as perspetivas e as crenças dos elementos da comunidade?	Procurou-se num processo de debate e construção contínuo ter em conta um desenvolvimento da IPBC que respondesse às necessidades de rigor metodológico, sem se afastar das necessidades expressas pela comunidade (AASPIRE, 2011). É disso exemplo a adequação das variáveis em estudo e a construção do <i>n'Amora Bem</i> propriamente dita, bem como da sua discussão, análise e aprovação pelo plenário da CSFA.

O desenho do *n'Amora Bem* propriamente dito pode ser descrito com recurso a 19 momentos decorridos entre janeiro de 2010 e março de 2012 (quadro II.5.8).

Num primeiro momento, identificada a porta de entrada na comunidade, foi analisada a metodologia a desenvolver e os instrumentos mais adequados aos propósitos do

estudo. Em 5 reuniões de trabalho, decorridas entre maio e outubro de 2010 (6 meses) trabalharam-se os objetivos da investigação, os métodos a utilizar, as populações⁵⁸ e amostras (incluído as técnicas de amostragem a utilizar), as variáveis mais ajustadas e a sua respetiva operacionalização.

Num segundo momento investiu-se fundamentalmente sobre a recolha de dados. Entre outubro de 2010 e fevereiro de 2011 (4 meses), operacionalizou-se a recolha de dados com recursos a uma avaliação e adequação crítica do instrumento, construído no primeiro momento, a formação dos entrevistadores, com recursos à participação ativa de estruturas governamentais e não-governamentais da comunidade em estudo e a recolha de dados propriamente dita pelos entrevistadores formados com recursos a um formulário administrado por entrevista. De um período inicial previsto de quatro semanas para o trabalho de campo, houve necessidade de se proceder a um alargamento para seis semanas, fundamentalmente pelo cariz do trabalho voluntário dos 42 entrevistadores envolvidos no processo. Em paralelo, recolheram-se os dados relativos aos *clusters* *Professores* e *TSSS*, com recurso aos dois questionários disponibilizados *on-line*.

Seguiu-se um terceiro momento, entre março e novembro de 2011 (9 meses) em que o trabalho se centrou fundamentalmente no investigador, para a análise e interpretação dos dados. Neste processo foram analisados os dados recolhidos através dos três instrumentos construídos em IPBC, mas também os dados recolhidos com recursos a variadas fontes, com particular destaque para a informação disponibilizada nos relatórios do Instituto Nacional de Estatística, nos arquivos da JFA e da CMS e em documentos com fonte no Ministério da Educação. Para não afastar a análise e interpretação dos resultados da comunidade, realizou-se uma apresentação dos dados preliminares durante o período atrás citado no plenário da CSFA, onde as dezenas de indivíduos presentes questionaram, criticaram e propuseram outras interpretações em relação aos resultados apresentados.

Analisados milhares de dados e centenas de documentos, num trabalho de permanente contato com o NECSFA (recorrendo frequentemente a meios de comunicação à distância, com particular relevância para o *correio electrónico*) entrávamos no quarto momento, o desenho do *n'Amora bem*. Em duas reuniões, decorridas em janeiro e fevereiro de 2012, definiram-se os eixos de intervenção considerados prioritários, os objetivos e as ações a desenvolver e os ganhos

⁵⁸ População, Professores e TSSS.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

esperados com cada iniciativa. A avaliação política (Minkler & Wallerstein, 2008; Loureiro & Miranda, 2010) aconteceu em 27 de março de 2012 com a apresentação ao plenário da CSFA, após um trabalho partilhado de dois meses com o NECSFA.

Quadro II.5.8: Cronograma das ações desenvolvidas com a comunidade no âmbito da IPBC

(continua na página seguinte)

		Data	Ação	Conteúdo e resultados
1º Momento	1	Dia 7 janeiro de 2010	Reunião com a Rede Social do Município S	Apresentação do projeto – Reforçado interesse de participação
	2	Dia 3 maio de 2010	Reunião com plenário da Comissão Social de Freguesia de Amora	Início do desenvolvimento do Plano Local de Promoção da Saúde Mental: Apresentação e discussão dos objectivos e métodos
	3	Dia 8 junho de 2010	Reunião com o NECSFA	Adequação das variáveis às necessidades da freguesia e dos parceiros envolvidos (1)
	4	Dia 24 junho de 2010	Reunião com o NECSFA	Adequação das variáveis às necessidades da freguesia e dos parceiros envolvidos (2)
	5	Dia 27 setembro 2010	Reunião com o NECSFA	Primeira apreciação dos instrumentos de recolha de dados Definição das áreas da cidade a considerar como “clusters”
	6	Dia 20 outubro 2010	Reunião com o Conselho Local de Ação Social	Análise e discussão final sobre os instrumentos e métodos para a recolha de dados (5 documentos aprovados com alterações sugeridas pelos parceiros)
2º Momento	7	Dia 25 outubro 2010	Reunião com o NECSFA	Operacionalização da recolha de dados
	8	Dia 12 novembro 2010	Reunião com o Agrupamento de Centros de Saúde local (ACES)	Preparação da recolha de dados nos serviços de saúde Reunião ADIADA, por impossibilidade do ACESSS
	9	Dia 13 novembro 2010	Formação entrevistadores no Centro de Assistência Paroquial de Amora (CAPA)	15 Entrevistadores formados (Distribuição de glossário e apresentação do instrumento de recolha de dados). Aberto concurso para logótipo e denominação do PLPSMA
	10	Dia 17 novembro de 2010	Reunião no ACES	Preparação da recolha de dados nos serviços de saúde Reunião ADIADA, por impossibilidade do ACESSS
	11	Dia 22 novembro de 2010	Reunião com o plenário da Comissão Social de Freguesia de Amora	Manifestação (formal) de interesse: CAPA; Associações de pais; Universidade sénior; Agrupamentos de escolas; Bombeiros; Escolas secundárias; Associações de reformados; Polícia de Segurança Pública, Junta de Freguesia.
	12	Dia 11 janeiro 2011	Formação entrevistadores no Plenário da Comissão Social de Freguesia	27 Entrevistadores formados (Distribuição de glossário e apresentação do instrumento de recolha de dados). Aberto concurso para logótipo e denominação do PLPSMA
	13	De 15 janeiro a 28 fevereiro de 2011	Entrevistas á população	42 Entrevistadores participam no processo
3º Momento	14	Dia 26 de fevereiro de 2011	Atividade paralela Quartas-feiras culturais na amora	Participação numa ação com a Universidade sénior da amora subordinada ao tema “promoção da saúde mental”

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Os resultados da investigação participada de base comunitária

4º Momento	15	Dia 14 abril 2011	Reunião com o plenário da Comissão Social de Freguesia	Apresentação e discussão dos dados preliminares recolhidos no âmbito de PLPSMA
	16	Dia 16 novembro 2011	Reunião com o plenário da Comissão Social de Freguesia	Apresentação e discussão dos dados finais recolhidos no âmbito do PLPSMA
	17	Dia 26 janeiro 2012	Focus group com a CSFA	Desenho do PLSMFA (1ª parte)
	18	Dia 9 fevereiro 2012	Focus group com a CSFA	Desenho do PLSMFA (2ª parte)
	19	Dia 27 março 2012	Plenário da CSFA	Apresentação do <i>n'Amora Bem</i> Aprovação por unanimidade pelo plenário do CSFA

Infelizmente não foi possível aprofundar o envolvimento do ACESSS, importante recurso para a intervenção em promoção da saúde na comunidade de Amora. Por outro lado, outras estruturas não-governamentais da comunidade solicitaram um maior envolvimento no processo do que aquele que tinha sido previamente previsto na operacionalização metodológica desenhada com o NECSFA. Exemplificando, destacamos a *Universidade Sénior*, que para além de um envolvimento profundamente proactivo no desenvolvimento do *n'Amora Bem*, solicitou algumas intervenções paralelas, onde destacamos a abordagem do processo nas *quartas-feiras culturais* promovidas pela organização.

Foi também este intenso envolvimento da comunidade que permitiu a elaboração do logótipo e a definição da denominação do *n'Amora Bem*.

Pela importância do resultado atingido com o *n'Amora Bem*, optámos por lhe dedicar um capítulo específico, disponível nas páginas a seguir.

Capítulo 6

Plano Local de Promoção da Saúde Mental de Amora

“As sociedades modernas investem na saúde e não apenas no tratamento da doença. Promover a saúde é um investimento social estratégico porque o futuro estado de saúde do país tem um forte impacto no desenvolvimento do país e influencia o grau de desigualdade económica e social entre os nossos concidadãos.”

Correia de Campos (2007)



Detalhe do Logótipo do PLPSMA

Assumindo a diversidade populacional da comunidade, figuras estilizadas de diferentes tamanhos e cores representam o(s) indivíduo(s) a capacitar, sobre o símbolo da Junta de Freguesia, que representa a comunidade a capacitar. O programa submete-se ao título “n’Amora bem” ligando o espaço onde a ação se situa á necessidade de um envolvimento comunicacional efetivo, envolvendo três princípios fundamentais: *Incluídos, Inspirados e Envolvidos.*

1. DESENVOLVIMENTO DO N'AMORA BEM

O Núcleo Executivo da Comissão Social de Freguesia de Amora (NECSFA) e a Junta de Freguesia de Amora (JFA) promovem o Plano Local de Promoção da Saúde Mental de Amora (PLPSMA), doravante denominado *n'Amora Bem*, numa resposta à necessidade de identificar linhas de ação em promoção da saúde mental para os membros da sua comunidade.

O *n'Amora Bem* tem por objectivo reforçar os factores de proteção que impeçam os membros da comunidade de serem confrontados com uma má saúde mental e dar respostas locais, que promovam a saúde mental, previnam a doença mental e proporcionem recursos para gestão de doença mental quando existente.

O *n'Amora Bem* reconhece a importância da promoção da saúde mental para os indivíduos e para a comunidade no seu todo. A União Europeia, Portugal, a região de Lisboa, a península de Setúbal, a Câmara Municipal do Seixal e a Junta de Freguesia da Amora têm um importante papel a desempenhar na promoção da saúde mental e no desenvolvimento de estruturas comunitárias que promovam a saúde mental, previnam a doença mental e atuem como estruturas de suporte na gestão de casos de doença mental identificados.

O *n'Amora Bem* foi iniciado numa colaboração entre a NECSFA e o desenvolvimento de um projeto de doutoramento em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (com orientação da Professora Doutora Maria Isabel Guedes Loureiro), tendo sido desenvolvido entre 2009 e 2012 com o recurso a diferentes estruturas e organizações comunitárias da Freguesia de Amora.

O desenvolvimento do processo incluiu:

- Revisão da literatura, envolvendo também a experiência adquirida em projetos de âmbito europeu de promoção da saúde mental (*“Monitoring positive mental health”* e *“Monitoring Mental Health Environments”*);
- Análise das políticas europeias (EC, 2005), nacionais (Plano nacional de Saúde mental 2007-2016) e locais (em particular no trabalho desenvolvido no âmbito do movimento *Cidades Saudáveis* pela Câmara Municipal do Seixal),

com um mapeamento das atuais estratégias políticas (Policies⁵⁹) que promovem a saúde mental;

- Identificação da informação relacionada com a saúde mental a nível local;
- Envolvimento das diferentes estruturas comunitárias governamentais e não-governamentais da Freguesia de Amora;
- Realização de atividades de formação a elementos da comunidade;
- Elaboração de um documento final para apreciação pelo NECSFA.

O *feedback* do NECSFA, da JFA e dos parceiros envolvidos no desenvolvimento deste *n'Amora Bem* foi integrado no processo de construção e é previsto que o desenvolvimento e a implementação sejam baseados na continuidade desta colaboração.

Interessa ainda que o próximo passo no desenvolvimento do *n'Amora Bem* envolva também os membros da comunidade com problemas de saúde mental, seus cuidadores e um maior número de prestadores de serviço locais.

⁵⁹ Na língua inglesa a distinção entre *politics* e *policies* facilita a compreensão dos contextos de que falamos: o termo *politics* refere-se a uma intervenção política partidária, o termo *policies* refere-se ao desenvolvimento de estratégias de resposta às necessidades das comunidades.

2. PRESSUPOSTOS E VALORES DO N'AMORA BEM

A saúde mental é vivida de diferente forma, pelos diferentes grupos de uma população, em diferentes fases da vida (num *continuum* ao longo do ciclo vital). Os membros da comunidade movem-se entre boa saúde mental e má saúde mental também em consequência de factores relacionados com a saúde, que ultrapassam largamente aquilo que comumente se considera saúde (numa visão muito limitadora centrada nos serviços de saúde). Reconhecendo este *continuum* e os factores que causam impacto na saúde mental, o plano agora apresentado pelo NECSFA e pela JFA fundamenta-se nos seguintes pressupostos:

Pressuposto 1: Definição de saúde mental

A saúde mental traduz a vida social, emocional e bem-estar espiritual, na sua relação com a saúde em geral e com os estilos de vida adoptados no quotidiano de cada indivíduo. A saúde mental proporciona aos indivíduos a vitalidade necessária para a vida ativa, atingir metas e interagir uns com os outros num contexto de cidadania responsável e participada.

Pressuposto 2: Transversalidade da saúde mental

Ao estabelecer um quadro estratégico em promoção da saúde mental para a comunidade de Amora o documento "*Building up good mental health*" (Lethinen, 2008) fornece uma base útil para a compreensão da transversalidade da intervenção em promoção da saúde mental. Este documento orientador identifica a inclusão social, o combate à discriminação e à violência e o acesso a recursos económicos como os determinantes sociais e económicos da saúde mental e base para a intervenção. A abordagem em promoção da saúde de uma comunidade identifica que ações podem ser centradas nos indivíduos, nas organizações e nos ambientes da comunidade (ambiente urbano).

Pressuposto 3: Um plano centrado na comunidade

Decorre dos dois primeiros pressupostos que o papel do NECSFA e da JFA na promoção da saúde mental deve incidir no desenvolvimento da capacidade de indivíduos, comunidades e organizações (*capacity building*) para: 1) Participar na mudança de ambientes sociais, económicos e físicos (urbanos) para melhorar a saúde

e o bem-estar; 2) Apoiar o fortalecimento das competências e das aptidões dos indivíduos para alcançar e manter uma boa saúde mental;

Considerando o *continuum* da saúde mental e o do bem-estar, a intervenção do NECSFA é essencialmente situada numa estratégia preventiva e precoce no *continuum* ciclo vital.

Pressuposto 4: Priorização de intervenções

É prioridade, para o NECSFA e para a JFA, o desenvolvimento do acesso a serviços universais para todos os membros da comunidade (combate às desigualdades em saúde), facilitando parcerias com agências locais que forneçam reabilitação e serviços clínicos e de advocacia para apoiar uma boa saúde mental. Investe-se também na universalização dos serviços de saúde mental e bem-estar de apoio à comunidade, melhorando as condições sociais, os ambientes físicos e económicos que afectam a saúde mental das populações e dos indivíduos. A prioridade é aumentar os factores de proteção e reduzir os factores de risco.

Esta abordagem é coerente com o atual Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Uma compreensão da saúde mental da população permite ao NECSFA e à JFA identificar as necessidades de saúde mental para a toda a comunidade e as diferentes experiências dos seus membros com base na etapa do ciclo vital, no género, na cultura, e no estatuto socioeconómico.

Pressuposto 5: Saúde como bem de mérito

Como resultado, o foco do NECSFA neste *n'Amora Bem* será na prevenção e intervenção precoce de forma a aumentar os factores de proteção que mantem uma boa saúde mental na comunidade e restaurar a boa saúde mental nos estágios iniciais de surgimento de doença mental. Para fazer isso, o NECSFA irá utilizar a sua capacidade de afetar o alcance dos direitos sociais, estruturais, económicos e ambientais que afectam a saúde mental. O NECSFA também irá promover a universalidade das intervenções, garantindo que os programas e as atividades previstas são acessíveis a toda a comunidade e que fortalecem a capacidade da população de diferentes faixas etárias para desfrutar de uma boa saúde mental e de bem-estar.

O quadro estabelecido para o *n'Amora Bem* será aplicável a partir de 2012 e os planos de ação anuais serão desenvolvidos em colaboração com as agências locais e elementos da comunidade, incluindo indivíduos e famílias confrontados com problemas de saúde mental.

3. PONTO DE PARTIDA: DIAGNÓSTICO RESUMO

O ponto de partida para o desenho do *n'Amora Bem* centrou-se Modelo *PRECEDER* / *PROCEDER* (Loureiro & Miranda, 2010), nomeadamente nas suas três primeiras fases: 1) avaliação social, 2) avaliação epidemiológica e 3) avaliação educativa e ecológica.

Com os resultados destas três avaliações foram elaborados dois quadros com os valores observados em 2011, em cada um dos indicadores previamente selecionados tendo sido refletidas as metas consideradas como resultado esperado do *n'Amora Bem*. O primeiro quadro (quadro VI.3.1) refere-se aos indicadores estruturais de saúde mental (Ozamiz *et al*, 2006) e o segundo quadro (quadro II.6.1) aos indicadores relacionados com a saúde mental (MHI, SES, SoC, EVI, AUDIT) e ao IMC.

Nos quadros em apreço, pode ainda ser identificada a fonte da informação. Percebe-se, deste modo, a necessidade de recurso a fontes de informação muito variadas o que vai ao encontro de um trabalho de construção e partilha com uma larga variedade de estruturas locais, governamentais e não-governamentais (Minkler & Wallenstein, 2008), procurando evidenciar resultados que sejam sentidos como significativos pela comunidade (Israel, 2000), diversificando as fontes de informação (George & Bennet, 2005).

Quadro II.6.1: Ponto de partida: diagnóstico resumo relativo aos MMHE-31

(continua nas páginas seguintes)

Indicador	Fonte dos dados	Valor observado (2011)	Meta (2015)
Orçamento em Promoção da saúde mental	Orçamento JFA (2011) Orçamento CMS (2011)	<0,2% (orçamento para a saúde em geral)	> 4 %
Cooperação intersectorial	Plano educativo CMS Diagnóstico Social CMS	(Consideraram-se as estruturas de ação social com cooperação transsectorial) Amora: 2 Cruz de Pau: 3 Fogueteiro: 2 Paivas: 0 Fors de Amora e Belverde: 2	Aumentar em 50% estruturas/projetos de cooperação intersectorial

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Plano local de promoção de saúde mental de Amora

Formação em saúde mental das áreas do serviço social e da educação	Questionário 2: Escolas	23,5 %	> 75%
	Questionário 3: Serviço social	75%	100%
Capacitação das mães após o parto	Questionário 1: População (pais há menos de 10 anos)	65,8%	>95%
	Plano de desempenho ACES Seixal-Sesimbra 2011	67,8%	>95%
Estruturas de apoio às crianças em idade pré-escolar	Questionário 1: População (pais há menos de 10 anos)	69,7%	>95%
	CMS (2011)	Amora: 12 Cruz de Pau: 7 Fogueteiro: 5 Paivas: 6 Foros de Amora e Belverde: 6	-
Promoção da saúde mental nas escolas	Questionário 2: Escolas	26%	> 50%
Aconselhamento a crianças em idade escolar	Questionário 2: Escolas	77%	> 95%
Suporte em saúde mental nas escolas	Questionário 2: Escolas	68,4%	> 80%
Programas de promoção da saúde mental no local de trabalho	Questionário 1: população (população activa)	61,2%	> 90%
Satisfação com o ambiente de trabalho	Questionário 1: população (população activa)	3 (3,37)	> 4 (1-5)
Programas de emprego apoiados	Questionário 2: NECSFA (Junta de freguesia da Amora)	n.d.	n.d.
Percentagem de pessoas sem trabalho	Questionário 1: população	14,5%	<10%
Estabilidade de emprego	Questionário 1: população (população activa)	62,2%	> 70%
Rendimento em situação de doença de longo prazo / deficiência	Questionário 1: população	85% em situação de doença de longo prazo com rendimento abaixo de 999 Euro contra 60,9% da população geral	<70% em situação de doença de longo prazo com rendimento abaixo de 999 Euro
Legislação laboral em promoção da saúde mental	Questionário 1: população	n.d.	-
Voluntariado	Questionário 1: população	15,9%	> 30%
Suporte social	Questionário 1: população	10 (9,73)	> 12 (1-14)
Grupos de auto-ajuda	Questionário 1: população	4,6%	10%
Estigmatização da doença mental	Questionário 1: população	2 (2,79)	<2
Diversidade e tolerância	Questionário 1: população	2 (2,64)	<2
	Questionário 1: população	2 (2,79)	<2
Pobreza	Questionário 1: população	28%	<20%

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Plano local de promoção de saúde mental de Amora

Direitos do Homem	NECSFA (Junta de Freguesia da Amora)	n.d.	n.d.
Inclusão social	Questionário 3: serviço social	Amora: Sim Cruz de Pau: Sim Fogueteiro: Sim Paivas: Não Fors de Amora e Belverde: Não	Alargar programas de intervenção a todas as áreas urbanas da cidade
Segurança	Questionário 1: população	4 (3,86)	5 (1-5)
Espaços verdes	CMS (2011)	78540 m ² (que corresponde a 1,62 m ² de espaços verdes por habitante e a 0,28% da área total da freguesia)	Criação de corredores verdes entre os diferentes espaços verdes
Atividade desportiva	Questionário 1: população	39,9% da população tem atividade desportiva Média: 1,74 horas por semana 6,7% da população federada	>50% >2,5 horas >15%
	Junta de Freguesia da Amora	Amora: 3 Cruz de Pau: 2 Fogueteiro: 2 Paivas: 0 Fors de Amora e Belverde: 0	-
Acesso a clubes sociais, centros, etc para idosos;	Questionário 1: população (Mais de 65 anos)	44,8%	>75%
	Junta de Freguesia da Amora	Amora: 1 Cruz de Pau: 2 Fogueteiro: 2 Paivas: 2 Fors de Amora e Belverde: 0	-
Percentagem de pessoas com mais de 65 anos envolvidos em formação ou educação	Questionário 1: população (Mais de 65 anos)	26,2%	>40%
	Junta de Freguesia da Amora	Amora: 1 Cruz de Pau: 0 Fogueteiro: 0 Paivas: 0 Fors de Amora e Belverde: 0	-
Acesso a visitas domiciliárias como medida de suporte para as pessoas idosas	Questionário 1: população (Maiores de 65 anos)	5,8%	>15%
	Serviços de saúde	n.d.	-
Pensões de reforma adequadas	Questionário 1: População (mais de 65 anos)	44% das pessoas com mais de 65 anos com rendimento abaixo de 500 Euro contra 25,6% da população geral	<35% das pessoas com mais de 65 anos com rendimento abaixo de 500 Euro
Percentagem de famílias nucleares que incluem pessoas idosas	Questionário 1: população	5,8%	10%

No quadro II.6.2, referente aos indicadores relacionados com a saúde mental e ao IMC, interessa realçar a inclusão do AUDIT e do IMC. Estes dois indicadores, não previstos numa fase inicial da IPBC, acabaram por ser incluídos pela manifestação da comunidade em conhecer a situação da população em relação a estes dois

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Plano local de promoção de saúde mental de Amora

indicadores específicos. Enquanto o IMC foi proposto pelo NECSFA, considerando os níveis de obesidade que têm sido identificados em Portugal, em particular na população jovem (Sousa, 2011), a inclusão do AUDIT foi especificamente solicitada pelos bombeiros voluntários de Amora, como necessidade diagnóstica na execução do seu trabalho de voluntariado.

Quadro II.6.2: Ponto de partida: diagnóstico resumo relativo aos indicadores relacionados com a saúde mental e ao IMC

Indicador	Fonte dos dados	Valor observado (2011)	Meta (2014)
Índice socioeconómico (SES – valor médio) (17- melhor nível socioeconómico a 82 – pior nível socioeconómico)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 50,50 Cruz de Pau: 52,96 Foguetreiro: 56,27 Foros de Amora e Belverde: 48,57 Paivas: 51,47 Total (Cidade): 51,61	<50
Saúde mental (MHI-5 – Valor médio) (0-100)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 72,33 Cruz de Pau: 71,87 Foguetreiro: 69,19 Foros de Amora e Belverde: 75,09 Paivas: 70,70 Total (Cidade): 72,20	> 75
Energia e vitalidade (EVI – Valor médio) (1-5)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 3,78 Cruz de Pau: 3,76 Foguetreiro: 3,67 Foros de Amora e Belverde: 3,79 Paivas: 3,71 Total (Cidade): 3,75	> 4
Sentido de Coerência (SoC – valor médio) (13-91)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 59,41 Cruz de Pau: 58,05 Foguetreiro: 55,34 Foros de Amora e Belverde: 62,45 Paivas: 58,98 Total (Cidade): 59,12	> 69
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT 5 – Valor médio) (0-20)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 1,83 Cruz de Pau: 1,83 Foguetreiro: 2,29 Foros de Amora e Belverde: 2,09 Paivas: 2,43 Total (Cidade): 2,02	<1
Índice de Massa Corporal (IMC – Valor médio)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 26,14 Cruz de Pau: 25,46 Foguetreiro: 27,44 Foros de Amora e Belverde: 25,46 Paivas: 24,81 Total (Cidade): 25,78	<25

4. EIXOS DO N'AMORA BEM

Cumpridas as três primeiras fase do modelo *PRECEDER* / *PROCEDER* foi promovido o delineamento da intervenção (4ª fase) (Loureiro & Miranda, 2010). Este trabalho foi realizado numa íntima parceria com o NECSFA e a JFA e considerou cinco passos fundamentais:

- *Análise dos dados* da avaliação social, da avaliação epidemiológica e da avaliação educativa e ecológica;
- *Identificação dos resultados esperados* mais significativos para a comunidade;
- *Identificação dos eixos prioritários* de intervenção do n'Amora Bem;
- *Definição dos objetivos* a atingir;
- *Delineamento das ações*, integrando as individualidades e estruturas comunitárias a envolver e os recursos necessários.

Neste processo de construção do *n'Amora Bem* foram envolvidas as seguintes entidades e personalidades:

- Pela *Junta de Freguesia de Amora*: Maria Odete Gonçalves, Manuel Araújo e Eunice Teixeira;
- Pela *Câmara Municipal do Seixal*: Clarisse Guerreiro;
- Pela *Cooperativa Nacional de Apoio ao Deficiente*: Celeste Costa;
- Pelo *Instituto da Segurança Social - Serviço de Ação Social Local de Amora*: Isabel Antas;
- Pelo *Centro de Assistência Paroquial de Amora*: António Figueiredo;
- Pelo *Centro de Saúde Amora*: Cidália Martins;
- Como *representante de Educação*: Idalina Oliveira.

O trabalho deste grupo de entidades e personalidades definiu seis eixos prioritários para uma intervenção com um espetro temporal de 2012 a 2015:

Eixo 1) Uma escola com saúde mental;

Eixo 2) Uma comunidade ativa e segura;

Eixo 3) Uma comunidade solidária e inclusiva;

Eixo 4) Uma comunidade atenta;

Eixo 5) Uma organização económico-laboral promotora de saúde mental;

Eixo 6) Uma senioridade mentalmente saudável.

O resultado pode ser observado nos quadros II.6.3, II.6.4, II.6.5, II.6.6, II.6.7 e II.6.8. Optou-se por uma definição de ações exequíveis, que facilmente se pudessem ancorar ao trabalho já desenvolvido na comunidade, e que proporcionassem melhores resultados com um mínimo investimento, para além daquele que já vem sendo efetuado pelas estruturas governamentais e não-governamentais da Cidade de Amora e do município do Seixal, nomeadamente as atividades no âmbito do *Seixal Saudável*.

O desenvolvimento destes eixos seguiu as estratégias definidas por WHO (2004) para o desenvolvimento de políticas, planos e programas em promoção da saúde mental.

Cada eixo, anteriormente definido considerando os resultados da IPBC, foi organizado por:

- *Objetivos*, considerando em cada objetivo a(s) ação(ões) central(ais) a desenvolver;
- *Outputs*⁶⁰ e os *outcomes*⁶¹ para cada objetivo identificado;
- *Tarefas-chave* para cada objetivo identificado;
- *Responsáveis* por cada tarefa;
- *Relação com outras estratégias locais*;
- *Recursos* necessários;
- *Limite temporal* para a execução de cada tarefa.

O *n'Amora Bem* subentende ainda a necessidade de uma avaliação intercalar anual, com vista à identificação de desvios e à reorientação das ações.

⁶⁰ Por output entende-se um instrumento/documento que fundamente e clarifique o desenrolar da ação.

⁶¹ Por outcome entende-se os resultados alcançados em termos de indicadores de saúde ou relacionados com a saúde (ganhos em saúde).

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Plano local de promoção de saúde mental de Amora**Quadro II.6.3: Eixo 1 - Uma escola com saúde mental**

Objectivo 1:	Aumentar o conhecimento da comunidade académica sobre saúde mental			
Ação	Formação integrada nas atividades do ano lectivo			
Output	Sítio n'Amora bem; Manual "saúde mental na escola"			
Outcome	90% dos professores com formação realizada e registo no sítio n'Amora Bem 60% dos não docentes com formação realizada e registo no sítio n'Amora Bem 30% dos pais e encarregados de educação com formação realizada e registo no sítio n'Amora Bem			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Formação em saúde mental dirigida a professores	NECSFA JFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Atividade física (parque da saúde) Seixal Saudável	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	Final do ano letivo 2013/2014
Formação em saúde mental dirigida a docentes	CSFA JFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Atividade física (parque da saúde) Seixal Saudável	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	Final do ano letivo 2013/2014
Formação em saúde mental dirigida aos pais e encarregados de educação	CSFA JFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Atividade física (parque da saúde) Seixal Saudável	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	Final do ano letivo 2013/2014
Objectivo 2:	Criar e aplicar um curriculum integrado para abordagem de temáticas de saúde mental			
Ação	Utilização de um curriculum integrado para abordagens de temáticas de saúde mental (combate ao bullying, combate ao estigma e discriminação, competências pessoais e sociais)			
Output	Curriculum integrado			
Outcome	Promoção da saúde mental nas escolas: > 50% das escolas			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Propor curriculum integrado	NECSFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Plano educativo	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	dezembro de 2012
Negociar aplicação do curriculum	NECSFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Plano educativo	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	junho de 2013
Avaliar resultados da aplicação do curriculum no ano letivo 2013/2014	NECSFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Plano educativo CMS	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	dezembro de 2014
Objectivo 3:	Criar em cada organização escolar um GASME (Gabinete de Apoio em Saúde Mental)			
Ação	Criação de um GASME por agrupamento de escolas			
Output	Regulamento de funcionamento do GASME			
Outcome	Aconselhamento a crianças em idade escolar: > 95% das escolas Suporte em saúde mental nas escolas: > 80% das escolas			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Elaboração do regulamento	ACESSS Agrupamentos de	Estratégia do ACESSS	Sítio n'Amora Bem	Final do ano letivo

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Plano local de promoção de saúde mental de Amora

GASME	escolas José Carlos Gomes	Plano educativo	Manual <i>saúde mental na escola</i>	2012/2013
Abertura de um por de GASME Agrupamento escolas	ACESSS Agrupamentos de escolas	Estratégia do ACESSS Plano educativo	Sítio <i>n'Amora Bem</i> Manual <i>saúde mental na escola</i>	setembro 2013
Avaliação dos resultados do ano letivo 2013/2014	ACESSS Agrupamentos de escolas	Estratégia do ACESSS Plano educativo	Sítio <i>n'Amora Bem</i> Manual <i>saúde mental na escola</i>	dezembro 2014

Quadro II.6.4: Eixo 2 - Uma comunidade ativa e segura

Objectivo 1:	Dinamizar a atividade física na comunidade			
Ação	Disponibilização de uma oferta desportiva à população em geral, criação de grupos com patologias específicas como a obesidade e diabetes e elaboração de um programa de atividade física que responda às expectativas e necessidades da população			
Output	Plano "n'Amora Bem com movimento"			
Outcome	>50% da população tem atividade desportiva Média:> 2,5 horas por semana (por amorenses) >15% da população federada IMC médio da população <25			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Criar programa de atividade física para obesos	Nélson (JFA)	ACESSS Clubes desportivos	Parques e estruturas desportivas	dezembro 2012
Criar programa de atividade física para diabético	Nélson (JFA)	ACESSS Clubes desportivos	Parques e estruturas desportivas	dezembro 2012
Alargar frequência de participação	Nélson (JFA)	Câmara Municipal do Seixal	Parques e estruturas desportivas	dezembro 2014
Objectivo 2:	Dinamizar o voluntariado			
Ação	Criação de um banco de voluntariado (horas, serviços)			
Output	Formalização da estrutura <i>banco de voluntariado</i>			
Outcome	Amorenses envolvidos em voluntariado superior a 30%			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Criar o banco de voluntariado	Helena Araújo (JFA)	Instituto de Segurança Social Criar-T CES Viver	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	dezembro 2012
Avaliação dos resultados	Helena Araújo (JFA)	Instituto de Segurança Social Criar-T CES Viver	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	dezembro 2014
Objectivo 3:	Dinamizar ações de proximidade			
Ação	Identificação dos pontos críticos pelas forças de segurança			
Output	Relatório com locais mais inseguros e pontos críticos de segurança rodoviária			
Outcome	Sentimento de segurança 5 (1-5)			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Plano local de promoção de saúde mental de Amora

Identificar os locais inseguros	Horácio Cardoso (JFA)	PSP Cruz de Pau	Mapa cidade de Amora	junho 2013
Identificar os pontos críticos de segurança rodoviária	Horácio Cardoso (JFA)	PSP Cruz de Pau	Mapa da rede viária cidade de Amora	junho 2013

Quadro II.6.5: Eixo 3 - Uma comunidade solidária e inclusiva

Objectivo 1:	Combater o estigma relacionado com a saúde mental			
Ação	Disponibilização de informação sobre saúde/doença mental			
Output	Artigos, brochuras e folhetos sobre saúde mental			
Outcome	Estigma doença mental <2 (1-7)			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Escrever e publicar, nos meios de comunicação da JFA, notícias sobre saúde mental	Ana Sofia Vera Palaio	Associações de saúde mental nacionais	Sítio da JFA Sítio <i>n'Amora Bem</i>	Final do <i>n'Amora Bem</i>
Disponibilizar informação, através de brochuras e folhetos, sobre saúde mental	Ana Sofia Vera Palaio	Associações de saúde mental nacionais	Folhetos Brochuras	Final do <i>n'Amora Bem</i>
Objectivo 2:	Combater o estigma étnico e social			
Ação	Dinamização da atividade das organizações não-governamentais (apoio social e inclusão social)			
Output	Rede para a inclusão social			
Outcome	Estigma <i>etnia</i> <2 (1-7) Estigma <i>estrangeiro</i> <2 (1-7)			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Criação de uma rede para a inclusão social	Associações não-governamentais NECSFA	Atividade física (parque da saúde) Seixal Saudável	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	Final do <i>n'Amora Bem</i>
Objectivo 3:	Melhorar formação em saúde mental para técnicos de intervenção social			
Ação	Promoção de formação na área da saúde mental			
Output	Encontros <i>n'Amora Bem</i>			
Outcome	TSSS com formação na área da saúde mental: 100%			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Encontro/simpósio sobre saúde mental	NECSFA José Carlos Gomes	NE JFA	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	2013
Ações de formação sobre saúde mental	NECSFA José Carlos Gomes	Instituto de Segurança Social	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	Final do <i>n'Amora Bem</i>

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Plano local de promoção de saúde mental de Amora**Quadro II.6.6: Eixo 4 - Uma comunidade atenta**

Objetivo 1	Dinamizar grupos da população que acompanhem determinadas áreas			
Ação	Criação grupo <i>vigilantes do ambiente</i>			
Output	Grupo <i>vigilantes do ambiente</i>			
Outcome	Suporte social >12 (OSS 3)			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Ação de formação de vigilantes do ambiente	Horácio Cardoso (JFA)	Banco de voluntariado Rede de inclusão social	Sítio <i>n'Amora Bem</i> Espaço na JFA	dezembro 2012
Criar brigadas de vigilantes do ambiente	Horácio Cardoso (JFA)	Banco de voluntariado Rede de inclusão social	Sítio <i>n'Amora Bem</i> Espaço na JFA	junho 2013

Quadro II.6.7: Eixo 5 - Uma organização económico-laboral promotora de saúde mental

Objectivo 1	Apoiar o desenvolvimento de promoção de saúde mental nas empresas			
Ação	Advocacia da promoção da saúde mental nas empresas			
Output	Manual “saúde mental, emprego e produtividade”			
Outcome	Programas de promoção da saúde mental no local de trabalho: >90% dos locais de trabalho			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Elaboração de um manual saúde mental/emprego e produtividade dirigido a empresários	NECSFA Empresas locais	<i>Escola de cidadãos</i> Banco de voluntariado	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	dezembro 2013
Objectivo 2:	Apoiar os trabalhadores na criação de estratégias conciliadoras entre vida profissional, social e familiar			
Ação	Criação da <i>escola de cidadãos</i>			
Output	<i>Escola de cidadãos</i>			
Outcome	Suporte social > 12 (OSS 3) 5% da população ativa frequenta a <i>escola de cidadãos</i>			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Criação da Escola de cidadãos	NESCF Agrupamentos de escola JFA	Plano educativo Seixal Saudável	Sítio <i>n'Amora Bem</i> Espaço na JFA	dezembro 2014
Objectivo 3:	Garantir o acompanhamento das situações de desemprego			
Ação	Identificação e acompanhamento das situações de desemprego			
Output	Relatórios anuais sobre evolução do mercado de trabalho			
Outcome	Desempregados <10% da população ativa			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Criação do Grupo de acompanhamento das situações de desemprego	NECSFA	Instituto de Segurança Social IEFP	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	Final do <i>n'Amora Bem</i>

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Plano local de promoção de saúde mental de Amora**Quadro II.6.8: Eixo 6 - Uma senioridade mentalmente saudável**

Objectivo 1:	Combater o isolamento das pessoas idosas			
Ação	Identificação das necessidades e de respostas para combater o isolamento das pessoas idosas			
Output	Plano de intervenção para o combate á solidão das pessoas idosas Programa <i>befriending</i>			
Outcome	Acesso a clubes sociais e centros para idosos: >75% Percentagem de pessoas com mais de 65 anos envolvidos em formação ou educação: >40% Acesso a visitas domiciliárias como medida de suporte para as pessoas idosas: >15% Percentagem de famílias nucleares que incluem pessoas idosas: >10%			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Identificar os idosos que vivem sozinhos	JFA NECSFA Inês Paiva (JFA)	Instituto de Segurança Social Associações de idosos e reformados Universidade sénior	PSP Cruz de Pau	dezembro de 2012
Elaborar diagnóstico de necessidades destes idosos	JFA NECSFA Inês Paiva (JFA)	Instituto de Segurança Social Associações de idosos e reformados Universidade sénior	-	junho de 2013
Programa de visitas e suporte social befriending	JFA NECSFA Inês Paiva (JFA)	Instituto de Segurança Social Associações de idosos e reformados Universidade sénior	Bolsa de voluntários	dezembro de 2013
Reforçar o programa de apoio a idosos	Inês Paiva (JFA)	PSP Cruz de Pau	-	dezembro de 2013

Capítulo 7

Discussão dos resultados

“Community Based Participatory Research is a collaborative approach that is designed to ensure and establish structures for participation by communities affected by the issue being studied, representatives of organizations, and researchers in all aspects of the research process to improve health and well-being through taking action, including social change”

Wiswanathan, Ammerman, Eng et al (2004) cit in Minkler & Wallerstein (2008)

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Embora no capítulo anterior tenhamos introduzido alguns comentários aos resultados obtidos, reservámos para esta parte do estudo a sua discussão mais detalhada, seguida de uma síntese. De salientar que a opção de termos comentado alguns resultados aquando da sua apresentação, teve como objectivo único facilitar a sua leitura.

Nesta fase do estudo, feita a passagem pelo estado da arte em promoção da saúde mental, pela metodologia adoptada e pelos dados e resultados alcançados, debruçar-nos-emos essencialmente, numa reflexão crítica sobre a metodologia utilizada e a discussão dos resultados, comparando-os com dados encontrados por outros investigadores e que se relacionem com as palavras-chave deste estudo. A reflexão proposta visa ainda a elaboração de algumas considerações sobre as implicações que os resultados obtidos neste estudo poderão ter 1) no desenvolvimento de estratégias de Promoção da Saúde Mental em espaço urbano, 2) na compreensão da IPBC numa comunidade portuguesa como instrumento facilitador de políticas de promoção da saúde mental, e 3) na implementação do *n'Amora Bem*.

1.1. OS OBJECTIVOS E AS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A investigação em saúde mental é multidisciplinar e exige uma vasta compreensão dos diferentes determinantes sociais, psicológicos e físicos, que regulam a vida cognitiva, afectiva e comportamental de cada indivíduo e do seu espaço numa comunidade (WHO, 2001a; Lethinen, 2008). A saúde pública deve ser construída no contexto das mudanças sociais, políticas, económicas, científicas e tecnológicas que desafiam constantemente as comunidades (Lee & Paxman; 1997). Nestes desideratos, a urbanização é a mudança demográfica mais importante das últimas décadas (Galea & Vlahov, 2005). Freudenberg (2000) reforça este olhar necessário quando afirma que nenhuma ameaça tem um impacto mais decisivo sobre a saúde pública do que a urbanização das populações humanas, enquanto Vappu Taipale

(Lehtinen, 2008) apela a uma União Europeia com uma política de saúde mental coerente.

Tendo em consideração estas ideias-chave, o estudo realizado teve como objectivos principais 1) avaliar o nível de saúde mental de uma comunidade urbana; 2) determinar as diferenças nos níveis de saúde mental de acordo com variáveis sociodemográficas, pessoais e das diferentes dimensões da estrutura do espaço urbano, consideradas entre si e em interação; 3) caracterizar o espaço urbano promotor de saúde mental; e 4) propor um Plano Local de Promoção de Saúde Mental (*n'Amora Bem*) no espaço urbano em estudo numa construção participada com a comunidade.

Fica-nos a impressão, apesar do esforço para realizar um estudo integrador e compreensivo, de termos apenas dado início e observado somente alguns pormenores duma paisagem muito vasta e complexa que é a promoção da saúde mental em espaço urbano e o envolvimento da comunidade no processo de promoção da sua saúde (IPBC). Tal facto deve-se, em primeira linha, ao elevado número de variáveis, oriundas de distintas fontes que foi necessário interpretar para o andamento do processo da IPBC. Mas enraíza também na dificuldade em promover uma metodologia de recolha de dados que permitisse uma grande quantidade de informação sem pôr em causa a sua operacionalidade. Este pressuposto, utilizado neste trabalho, é fundamentado por Bradburry & Reason (2008) quando nega que o objetivo da investigação no âmbito de uma IPBC seja a *verdade*. Para estes autores, o propósito da investigação é conseguir consenso entre os seres humanos acerca do que fazer, criar uma visão comum sobre os objetivos que devem ser atingidos e os meios necessários para o efeito.

1.2. A METODOLOGIA

Em respeito pela problemática apresentada e pela base teórica revista, elaborámos um estudo com uma perspetiva orientada para a prática (Coutinho, 2012). Neste espírito, realizou-se uma investigação nomotética (Bisquerra, 1989; Latorre *et al*, 1996), aplicada (Charles, 1998; Wiersma, 1995), quantitativa e qualitativa (Bisquerra, 1989), descritiva, (Bisquerra, 1989), transversal, exploratória, num estudo de grupo

(Bisquerra, 1989; McMillan & Shumaker, 1997). Tomando em consideração a especificidade do contexto e a complexidade esperada no desenvolvimento do estudo, optou-se pelo recurso a uma metodologia de estudo de caso, por se tratar de um plano de investigação que envolve o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida: a Cidade de Amora (Coutinho, 2011). A metodologia selecionada responde à definição da IPBC (Minkler & Wallerstein, 2008) que, ao contrário da maior parte das abordagens metodológicas tradicionais, se centra na assunção que a ação e a promoção da mudança social é uma parte importante do próprio processo de investigação (Hall, 1992; Cornwall & Jewkes, 1995; Israel *et al*, 2005; Themba-Nixon, Minkler & Freudenberg, 2008). Apesar deste esforço, reconhece-se que a mais-valia de um estudo que recorra a uma amostra verdadeiramente aleatória (Jones, Koegel & Wells, 2008) não foi possível de atingir devido, fundamentalmente a questões de financiamento.

As intervenções de base comunitária são processos sociais complexos com propriedades que constituem mais do que a soma das partes. Este estudo foi ao encontro da necessidade de desenvolver novas formas de construir evidência que reflita os complexos sistemas sociais envolvidos na condução de intervenções de base comunitária. É necessário envolver as assunções básicas da evidência científica existente e construir um conjunto de novas assunções que *encaixem* na natureza destas questões emergentes promovendo 1) o desenvolvimento de evidência baseada na prática e no estado da arte; 2) a construção e adaptação de instrumentos chave; 3) o desenvolvimento de novas metodologias de investigação (Banathy, 1996; Meadows, 2008; Milstein, 2010).

1.3. ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

No desenvolvimento do estudo houve necessidade de considerar a utilização de 6 instrumentos na população portuguesa: o *Oslo Social Support Scale* (OSS-3), o *Socio Economic Scale* (SES), o *Energy and Vitality scale* (EVI), o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT de 5 itens), o *Sentido de coerência* (SoC) e o *Inventário de Saúde Mental* (MHI de 5 itens), procurando a utilização de instrumentos relacionados com a saúde mental aconselhados pelo MINDFUL (Lavikainen; Fryers & Lehtinen,

2006). Recorreu-se ainda ao índice socioeconómico (SES) desenvolvido por Nunes (2008), por este instrumento ter sido identificado pelo NECSFA como o mais adequado para mensurar o nível socioeconómico, dando enquadramento ao que Minkler & Baden (2008) sugerem.

O OSS-3 revelou ser um instrumento de medida do *suporte social* com alguma heterogeneidade com correlações obtidas entre cada item com a sua nota global, quando o próprio item é excluído, positivas. Os valores do *alfa de Cronbach* (α) são frágeis (abaixo de 0,60) mas estão em consonância com os valores identificados noutros estudos (Brevik & Dalgard, 1996). A curta dimensão da escala (3 itens) e a sua origem em fatores diferentes justificam estes valores frágeis, para além de um desenho dos itens com diferentes limites (Pestana & Gageiro, 2000). Foi igualmente identificada uma correlação moderada a forte entre a escala e cada um dos três itens, identificando no entanto uma correlação fraca entre cada um dos itens entre si. Este facto pode ser explicado pela integração de dois fatores distintos na escala de 3 itens, já que, a análise factorial avalia em que medida cada um dos factores é independente do outro, sendo o *alfa de Cronbach* (α) muito influenciado pela correlação entre as variáveis e pelo seu número (Pestana & Gageiro, 2000).

A escala *Socioeconomic scale* (SES) traduzida para português por Saboga Nunes (2008) é uma escala para avaliação do *índice socioeconómico*, que integra diferentes dimensões utilizando diferentes limites em cada um dos itens e diferentes formas de mensuração (numérica e categórica). Por este motivo a utilização de uma medida de consistência interna como o *alfa de Cronbach* (α) não se mostrou adequada (Aguiar, 2007). Dada a necessidade de aferir o seu valor e a impossibilidade de utilização de outra escala que permitisse a comparação dos resultados (considerando o desenho do estudo e a quantidade de indicadores envolvidos no estudo), procedemos a uma análise dos seus resultados com duas variáveis reconhecidas pela comunidade científica como relacionados com o nível socioeconómico: a *escolaridade* e o *rendimento mensal*. Analisou-se igualmente a relação do *índice socioeconómico* (SES) com duas variáveis relacionadas com a saúde, considerando a existência de relação entre o nível socioeconómico e a *saúde mental* e o *sentido de coerência*. Com este processo observamos uma correlação estatisticamente significativa entre o SES e as 4 variáveis consideradas, o que nos permite concluir pela adequação do instrumento considerando as suas relações com as quatro variáveis consideradas em consonância

com outros estudos realizados (WHO, 2001a; Gresenz, Sturm & Tang, 2001; Ing & Reutter, 2003; Steele, 2007; Ozamiz *et al*, 2006; Chevalier & Feinstein, 2007; Lehtinen, 2008; Wainwright *et al*, 2008; Loureiro & Miranda, 2010; Eaton, Muntaner & Sapag, 2010).

1.4. O OLHAR SOBRE O ESPAÇO URBANO DA CIDADE DE AMORA

Amora é uma freguesia de características urbanas, enquadrada na área Metropolitana de Lisboa, margem sul do Tejo, distrito e diocese de Setúbal e concelho do Seixal, na designada *Outra Banda* (Lima, 2006). A freguesia representa 0,03% do território nacional e 0,46% da população (INE, 2011) o que lhe confere uma elevada densidade populacional quase 16 vezes superior à média nacional (1778,6 habitantes/km²). É tipicamente uma área urbana, com franco desenvolvimento nas últimas três décadas (Lima, 2006).

Espaços verdes

Na sua área urbana, Amora apresenta 78540 m² de parques e jardins com acesso público aos seus habitantes, o que corresponde a 1,62 m² de espaços verdes por habitante e a 0,28% da área total da freguesia. Para Dunnett, Swanwick & Woolley (2002) o espaço verde ideal é aquele que oferece vegetação, água (lagos, ribeiros), oportunidade para a prática de desporto, conforto urbano como bancos, sanitários e abrigos, bons acessos, incluindo o acesso a pessoas com deficiência, possibilidade para a prática de desporto e de realizar eventos, características identificadas na utilização da frente ribeirinha da Amora. Analisando o trabalho de Maas *et al* (2009), podemos afirmar uma boa adequação dos espaços verdes da cidade de Amora já que se cumpre a presença de espaço verde num raio de um quilómetro contribuindo para uma menor prevalência anual de doença mental. Esta relação apresenta-se mais forte para os distúrbios de ansiedade e depressão e em crianças e pessoas com menor nível socioeconómico, o que reforça a necessidade de intervenção precoce ao longo do ciclo vital (Lehtinen, 2008) e indica um caminho para intervenção junto de populações mais desfavorecidas socioeconomicamente, no que ao desenvolvimento dos espaços verdes e à sua utilização diz respeito. Podemos deste modo fundamentar a necessidade de uma continuidade no investimento em espaços verdes com as características que Dunnett, Swanwick & Woolley (2002) apontam.

Atividade física

O tempo de actividade física semanal referido pelos amorenses apresenta valores muito modestos em todas as áreas urbanas em estudo. No total os entrevistados referiram um média semanal de 1,75 horas de atividade física semanal com um valor da mediana muito próximo do zero e com um elevado desvio padrão. O valor médio identificado deve-se em grande maioria aos atletas federados que representam 6,7% da amostra e que referem como valor máximo 30 horas de actividade física semanal. Os achados de Fox (1999) confirmam o efeito da atividade física na redução da ansiedade e na melhoria da autoperceção física e da autoestima. Este autor sugere igualmente evidência de que o exercício melhora o estado de humor. Considerando esta evidência e a necessidade de cerca de meia hora de atividade física diária (Pate *et al*, 1995), é necessário aumentar a atividade física dos amorenses, utilizando os vastos recursos existentes para o efeito. Para o apoio à prática de atividade física, e para além dos espaços verdes já referidos, a cidade de Amora dispõe de 3 (três) associações com carácter desportivo que desenvolvem a sua atividade na cidade, estando duas localizadas na *Amora* e uma em *Paivas*, oferecendo a possibilidade da prática de 12 (doze) atividades desportivas distintas.

Ambiente escolar

Para Rones & Woagwood (2000) as escolas desempenham um papel cada vez mais importante na promoção e na prestação de serviços de saúde mental às crianças, devendo a implementação de um programa consistente na área incluir os pais, professores e pares, utilizar uma metodologia variada e integrar o conteúdo *saúde mental* no curriculum escolar, abraçando também a metodologia da *Whole School Approach* (Weare, 2000). Schonert-Reichl *et al* (2011) identificaram resultados que suportam e ampliam a evidência recente do impacto positivo da aprendizagem social e emocional baseada na sala de aula em programas de desenvolvimento social e ajustamento comportamental em crianças. A cidade de Amora pode dispor para o desenvolvimento destas ações de dez Jardins de Infância e onze escolas do ensino básico (1º ciclo) localizadas nas 5 áreas urbanas em estudo. Amora oferece ainda aos seus habitantes três escolas do 2º e 3º ciclo do ensino básico, duas escolas secundárias e uma escola profissional, distribuídas pela área da freguesia, embora se observe uma maior concentração de estruturas a nordeste da A2, onde reside cerca de 95% da população.

Segundo dados do Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo (2010), o conjunto de estabelecimentos escolares em funcionamento na cidade de Amora era servido por 897 docentes no ano letivo 2010/2011. Apenas 23,5% (43) dos professores afirmam ter abordado no seu curriculum académico temáticas relacionadas com a saúde mental. Este facto apresenta variações entre os diferentes níveis de ensino com o pré-escolar e o 1º ciclo a referirem mais formação do que os restantes três níveis considerados. Considerando os docentes que abordaram as temáticas relacionadas com a saúde mental, o nº de horas apresenta uma grande dispersão dos dados: com um mínimo de 2 horas e um máximo de 300 horas, identificamos um 3º quartil de 60 horas. Este facto parece refletir-se no envolvimento das estruturas escolares quando á introdução de temáticas de saúde mental no curriculum escolar. Apenas 26% dos docentes afirmam que o seu local de exercício profissional inclui temáticas relacionadas com a saúde mental no curriculum escolar, com uma aposta francamente mais intensa do ensino secundário em relação aos restantes 4 níveis de ensino considerados. Estes dados afastam-se do preconizado por Lehtinen (2008), ao considerar a formação em saúde mental dos professores como um dos indicadores estruturais de saúde mental.

Com uma mediana de 12 horas anuais, as escolas onde as atividades de promoção de saúde mental são consideradas apresentam um fraco investimento proporcional em relação a outras atividades do *curriculum* escolar. Apesar destes dados, a maioria dos docentes afirma que a sua escola disponibiliza aconselhamento e apoio emocional aos alunos pelo *psicólogo escolar* e pelo *professor*. Da mesma forma a existência de uma figura de referência aos alunos para apoio psicossocial é uma realidade para a maioria das instituições escolares voltando a ser o *professor* e o *psicólogo escolar* os profissionais mais referenciados. Rones & Hoagwood (2000) defendem que o sucesso das intervenções em promoção da saúde mental em ambiente escolar se centra na implementação de programas consistentes, na inclusão de pais, professores ou colegas - *educação pelos pares* (Gomes, Cravo & Gaspar, 2009), na utilização de múltiplas modalidades, na integração do conteúdo do programa no *curriculum* da sala de aula em geral, e ao desenvolvimento dos componentes de programa adequadas, pelo que a intervenção nas estruturas escolares de Amora se apresenta como um dos eixos centrais da intervenção necessária em promoção da saúde mental.

Coesão e capital social

A Amora tem desenvolvido várias intervenções procurando promover fortes laços sociais e uma aceitação pelos membros da sociedade de suas responsabilidades conjuntas, pugnando para que todos os indivíduos sejam capazes de participar na vida económica e desfrutar dos seus benefícios, desenvolvendo processos para desafiar as estruturas de poder e a distribuição de recursos na sociedade, e promovendo, também, a tolerância e o reconhecimento de pessoas de diferentes culturas e identidades (EC, 2008). A coesão social é um determinante *major* de saúde mental (Ozamiz *et al*, 2006; Lehtinen, 2008; Freudenberg, Klitzman & Saegert, 2009; Loureiro & Miranda, 2011). O bairro da Quinta da Princesa, com 40% de imigrantes (INE, 2001) depara-se com algumas problemáticas socioeconómicas a diversos níveis. O desenvolvimento de projetos como o *Tutores de Bairro* ou o *Espaço Cidadania* suporta a promoção de uma sociedade inclusiva onde todas as pessoas se sintam valorizadas, com as suas diferenças respeitadas, e as suas necessidades básicas satisfeitas para uma vida digna. As redes sociais oferecem apoio social, influência social e oportunidades para um envolvimento social que promova o desenvolvimento de um papel social significativo, bem como acesso aos recursos comunitários e ao contato pessoal íntimo (Berkman & Glass, 2000), alicerçando o capital social (Victorian Health Promotion Foundation, 2005), importante determinante para a promoção da saúde mental (Ozamiz *et al*, 2006). Dos TSSS que desenvolvem a sua atividade na área urbana em estudo, a maioria refere ter abordado temáticas relacionadas com a saúde mental no seu *curriculum* académico, com um mínimo de 5 horas e um máximo de 1200 horas, atuando maioritariamente na *Amora*, em *Cruz de Pau* e nas *Paivas*. Os TSSS respondem que políticas que promovem a inclusão e a coesão social só são desenvolvidas nas áreas urbanas de *Amora*, *Cruz de Pau* e *Fogueteiro*, não fazendo referência a este tipo de intervenção para *Foros de Amora e Belverde* nem para *Paivas*. A promoção da segurança de pessoas vulneráveis recolhe também a ausência de *Foros de Amora e Belverde* das respostas. A maior intervenção é feita no *Fogueteiro*, embora *Amora*, *Cruz de Pau* e *Paivas* também sejam alvo de intervenções neste domínio. *Cruz de Pau* é a área urbana com maior percentagem de pessoas que precisam, de apoio social para suprir as suas necessidades básicas e *Foros de Amora e Belverde* é a área onde menor percentagem de pessoas necessitam desse apoio. Também é em *Cruz de Pau* que os TSSS questionados mais referem pessoas em situação de pobreza. Para Almedom (2004), uma política efetiva de saúde mental e a oferta de serviços de apoio social promovem e reforçam o capital social. Este trabalho

é completado na cidade de Amora com um conjunto de estruturas públicas (fundamentalmente de base local) e ONG que partilham da responsabilidade social de promover a inclusão e o capital social na sua comunidade, quer seja no âmbito da intervenção em formação de adultos ou estruturas de base cultural também se localizam na *Amora* e em *Paivas*. A cidade de Amora alberga ainda sete associações de apoio a idosos e deficientes da sua comunidade. Existem ainda várias estruturas de ação social. Muitas destas estruturas têm um desempenho ativo na CSFA, rede social por excelência do espaço urbano em estudo.

Serviços de saúde

Existem dez farmácias e quatro unidades de saúde que servem a população da cidade de Amora. As quatro unidades de saúde são unidades funcionais do *Agrupamento de Centros de Saúde Península de Setúbal II - Seixal-Sesimbra* (ACESSS) e abrangem cerca de 232.857 habitantes. Amora é residência de cerca de 22,7% da população das várias Unidades funcionais do ACESSS (ACESSS, 2011). O ACESSS (2011) refere uma enorme escassez de recursos humanos, apontando na freguesia da Amora cerca de 18.000 utentes sem médico de família, e a falta de viaturas para suprir as necessidades de funcionamento das UCC e das visitas domiciliárias (ACESS, 2011). Todas as estruturas de saúde públicas que servem a cidade estão localizadas no lugar de *Amora*. Herrman (2001) salienta que uma melhor compreensão da natureza da saúde mental e doença mental por parte dos serviços de cuidados de saúde primários, pode promover a procura de apoio, melhorar os ganhos em saúde e diminuir o estigma e a discriminação relacionados com doença mental, pelo que o envolvimento do ACESS no *n'Amora Bem* é um complemento incontornável para o sucesso da intervenção.

1.4.1. NÍVEL DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE AMORA

O melhor nível de saúde mental foi identificado em *Foros de Amora e Belverde* em oposição a um nível mais reduzido no *Fogueteiro*. Uma análise mais pormenorizada à população feminina mostra-nos uma diferença com *Foros de Amora e Belverde* referindo melhor saúde mental e *Fogueteiro* referindo pior saúde mental. Esta diferença é coincidente com os dados do INS 2005/2006 (INE, 2009), que refere um menor nível de saúde mental nas mulheres, do que nos homens. Apesar desta

diferença, os dados apontam para um nível de saúde mental médio de 72,2 superior ao ponto de corte (52) (Kelly *et al*, 2008) pelo que podemos afirmar que o nível de saúde mental é satisfatório nas cinco áreas em estudo. Este dado é reforçado com uma prevalência do sofrimento psicológico (MHI <52) de 16,5% na cidade de Amora comparados com os 27,2% da população portuguesa com 15 ou mais anos que registava existência provável de sofrimento psicológico em 2005 (INE, 2009).

Por seu lado, o *sentido de coerência* apresenta uma correlação com o nível de saúde mental dos indivíduos, o que vem reforçar a evidência que tem sido identificada na relação entre saúde mental e sentido de coerência (Gomes, 2003).

1.4.2. Diferenças nos níveis de saúde mental

Foi identificada uma correlação positiva entre o nível de saúde mental e os anos de escolaridade, o que vem ao encontro da posição assumida por Chevalier & Feinstein (2006) que subscrevem o efeito protetor da escolaridade⁶² sobre a saúde mental, efeito que se revela maior no nível médio de qualificações, nas mulheres e em indivíduos com maior risco de doença mental. Para Chevalier & Feinstein (2006), os efeitos da escolaridade são observados em todas as idades, o que evidencia por seu lado a importância da formação ao longo da vida. Estes resultados sugerem a necessidade de uma aposta substancial na promoção da escolaridade para ganhos em saúde mental, como também tem sido largamente divulgado por diversos autores (WHO, 2001a; Lavikainen, Fryers & Lehtinen, 2006; Lehtinen, 2008).

Foi igualmente observada uma correlação positiva entre o nível de saúde mental e o suporte social. Estes dados são igualmente confluentes com um número crescente de evidência sobre a relação do suporte social com o nível de saúde mental em geral, e a prevalência da depressão em particular (Lehtinen, 2008; Scheid & Brown, 2010).

Embora não tenham sido identificadas diferenças em relação à saúde mental nas cinco áreas urbanas da cidade em estudo, o sentido de coerência apresenta diferenças entre as áreas urbanas, considerando inclusivamente as diferentes dimensões do sentido de coerência. *Fors de Amora e Belverde* apresenta valores

⁶² O termo mais largamente utilizado na língua inglesa é *education*.

significativamente superiores em oposição ao *Fogueteiro* que apresenta valores significativamente inferiores em todas as dimensões em estudo. Estes dados não são de desprezar se considerarmos que o sentido de coerência é um recurso de promoção da saúde, que reforça a resistência e desenvolve um estado subjetivo de saúde positivo, pelo que, segundo Eriksson & Lindström (2006) a abordagem salutogénica é uma valiosa ferramenta para a promoção da saúde e valeria a pena aplicá-la, na prática, muito mais do que tem sido feito até à data.

Na população estudada, a um elevado nível de saúde mental está associado a um elevado nível socioeconómico. Estes dados estão de acordo com a evidência conhecida (WHO, 2001a). Segundo Brown & Shield (2010) há duas explicações para a relação identificada entre o nível socioeconómico e a saúde mental: *causalidade social* ou *seleção social*. Os modelos de causalidade social postulam que a população com menor nível socioeconómico está sujeita a níveis mais elevados de stresse, tais como a pobreza, o desemprego, a discriminação e a residir em bairros perigosos, e são os níveis mais elevados de stresse que influenciam os níveis mais reduzidos de saúde mental. Os modelos de seleção social focam o indivíduo e postulam que a população com menor nível de saúde mental tende a realizar um caminho de escalada social invertida (Brown & Shield, 2010).

1.4.3. O olhar sobre os amorenses

A maioria dos entrevistados representa o sexo *feminino* com 60,83% dos casos. O INE (2001) refere uma população feminina de apenas 48,9% no espaço urbano em estudo, substancialmente inferior àquela que aceitou participar na resposta às entrevistas. Relativamente à idade a amostra entrevistada apresenta uma média de idade de 45,05 ($\delta=16,35$), variando entre uma média de idade mínima de 42,69, observada em *Cruz de Pau*, e uma média de idade máxima de 47,75, observada em *Foros de Amora e Belverde*, apontando para uma população tendencialmente mais idosa nesta área urbana. Segundo o INE (2001) o grupo etário dos *25 aos 64 anos* representava 58,9% da população da cidade de Amora, uma percentagem inferior à encontrada neste estudo que aponta para uma amostra com maior peso relativo neste grupo etário (72,7%). Interessa no entanto realçar que os critérios de inclusão exigiam ter 18 ou

mais anos o que exclui uma percentagem significativa da população e pode, parcialmente, explicar este desvio.

Estado civil

Em relação ao estado civil, a maioria dos entrevistados representa o estado *casado*, observando-se uma menor percentagem de indivíduos casados nas áreas urbanas *Fogueteiro* e *Paivas* apesar da moda se manter inalterada entre as diferentes áreas urbanas. Estes dados apontam um fator protetor a considerar na comunidade de Amora pela evidência existente na relação entre casamento e boa saúde mental (Kim & McHenry, 2002; Wu & Hart, 2002; Lamb, Lee & DeMaris, 2003; Williams, 2003; Strohschein *et al*, 2005).

Escolaridade

Em relação à escolaridade identificamos uma média de 9,85 anos de escolaridade na população total, com um valor médio identificado mais elevado em *Foros de Amora e Belverde* e mais reduzido no *Fogueteiro*. Também é observável a diferença entre os anos de escolaridade observados nas mulheres em relação aos homens, situação que se repete em todas as áreas urbanas estudadas. Se considerarmos apenas o sexo masculino a diferença de escolaridade entre as 5 áreas em estudo deixa de ser observada. Os censos de 2001 (INE, 2001) asseguram uma percentagem significativamente superior de amorenenses com a escolaridade obrigatória de 51,41% contra apenas 37,95% da população portuguesa, o que mostra confluência com os dados observados.

Rendimento mensal

Analisando o rendimento mensal podemos observar diferenças entre as 5 áreas em estudo, com o *Fogueteiro* a apresentar rendimentos mais reduzidos (menos de 500 €) e *Foros de Amora e Belverde* a apresentar rendimentos mais elevados (1000 a 1999,9 €). O INE (2011) aponta para um rendimento médio no município do Seixal de 922,3 €, o que vai ao encontro do identificado no estudo com uma moda de vencimento mensal de 500 a 999,9 €. Atendendo à satisfação com a situação financeira observamos um valor médio de 2,1 (1 a 5) evidenciando uma maior satisfação em *Cruz de Pau* e em *Foros de Amora e Belverde* e uma menor satisfação no *Fogueteiro* e na *Amora*. Na tipologia do rendimento familiar, a fonte de rendimento mais frequente em todas as áreas estudadas é *Vencimento Certo*.

Condições habitacionais

A amostra refere ainda um nível de satisfação médio em relação às condições habitacionais superior ao valor médio da escala (3,76 numa escala de 1 a 5), embora a *Amora* apresente um maior nível de satisfação enquanto *Paivas* apresenta o valor mais reduzido. Esta observação é generalizável às diferentes tipologias habitacionais em estudo. O que realça destes dados é que *Paivas* e *Fors de Amora e Belverde* apresentam menor índice de satisfação relativamente às suas condições habitacionais do que *Amora*, *Cruz de Pau* ou *Fogueteiro*, independentemente da tipologia em causa. O INE (2011) refere uma dimensão média por divisão de 19,6 m² (20,0 m² a nível nacional) e um número de 4,8 divisões por habitação (4,9 a nível nacional) o que aproxima as características habitacionais na Amora ao existente no todo nacional.

Nível socioeconómico

Na avaliação do nível socioeconómico, podemos observar uma diferença estatisticamente significativa entre as 5 áreas da cidade de Amora. A maioria da amostra situa-se no nível *socioeconómico médio* seguindo-se o enquadramento num nível *socioeconómico (SE) alto*. Apenas 5,9% da amostra se insere num nível *socioeconómico baixo*. A área *Fors de Amora e Belverde* apresenta uma percentagem mais elevada de população no nível *Alto SE* e mais reduzida no nível *Baixo SE*. Por outro lado é a área *Fogueteiro* que apresenta menor índice socioeconómico: apenas 20,7% da população se enquadra no nível *Alto SE*, enquanto 15,9% se enquadra no nível *Baixo SE*. Para Miech *et al* (2005) um índice socioeconómico reduzido está associado com a persistência da sintomatologia depressiva. Também Skapinakis *et al* (2006) sugere que as dificuldades financeiras estão associadas com a depressão. Os sintomas depressivos e o stresse percebido são mais frequentes entre os indivíduos com menos recursos socioeconómicos (Hamad *et al*, 2008). Além destes resultados, também o distúrbio de pânico, a agorafobia (Keyl & Eaton, 1990) e a fobia social (Wells *et al*, 1994), mostraram relações estatisticamente significativas entre o reduzido nível socioeconómico e a incidência da doença mental, apoiando a explicação de causalidade para distúrbios de ansiedade em geral. A evidência aqui apontada reforça a necessidade de uma intervenção no âmbito do *n'Amora Bem* considerando a importância do nível socioeconómico (Eaton, Muntaner & Sapag, 2010).

Atividade laboral

A maioria da amostra encontra-se empregada. Considerando a população desempregada, que atinge na amostra um valor de 14,5% (substancialmente superior ao valor do INE [2001] para a freguesia de 9,8%) identificamos uma maior incidência nos grupos menos de 1 ano e mais de 2 anos com 5,3% da amostra total. Apesar deste dado não devemos deixar de considerar que um grande número de investigadores tem documentado os efeitos prejudiciais de desemprego no bem-estar psicológico (Brenner, 1974; Catalano, Dooley, & Jackson, 1981; Horwitz, 1984; Warr, Jackson & Banks, 1988; Perrucci & Perrucci, 1990; Theodossiou, 1998). É por isso que estes dados, considerando a situação económica que Portugal atravessa, devem ser um dos eixos de intervenção do *n'Amora Bem*.

Nos 596 entrevistados que referiram atividade profissional, identificamos um valor médio de satisfação com o trabalho (1 a 5) de 3,38, não identificando diferenças entre as 5 áreas urbanas em estudo nem entre os sexos. Em termos médios a amostra trabalha há 14,6 anos na atividade profissional atual. Os homens apresentam maior tempo na atividade profissional do que as mulheres mas esta diferença é transversal às diferentes áreas urbanas em estudo. As exigências e obrigações impostas pelo empregador, e as recompensas esperadas pela atividade profissional, consistem em dinheiro, estima, prestígio, segurança no trabalho e oportunidades de carreira (Warr, 1987). Estudos empíricos recentes descobriram que um desequilíbrio entre o esforço e a recompensa relativamente ao trabalho está associado a maior depressão, maior ansiedade e maior sofrimento psicológico (Stansfeld *et al*, 1999; Rafferty, Friend & Landsbergis, 2001; Tsutsumi *et al*, 2001; Gomes, 2003; van Vegchel *et al*, 2005), e também, segundo os estudos de *Whitehall II Study* (Kuper & Marmot, 2003), a morte prematura por doença cardiovascular, o que sublinha a importância da intervenção nos ambientes de trabalho, como defendido por Lehtinen (2008).

A amostra trabalha uma média de 38,47 horas semanais, acrescendo 38,96 minutos por dia para a deslocação de e para o trabalho. Tal como observado para o tempo de trabalho na atividade, os homens trabalham mais horas do que as mulheres. O INE (2009) refere uma duração média de trabalho semanal de 36 horas na região de Lisboa, substancialmente inferior ao valor identificado na Cidade de Amora, o que pode significar uma maior dificuldade na conciliação entre vida pessoal, familiar e profissional.

Quer a Declaração de Saúde Mental para a Europa quer o Plano de Ação de Saúde Mental para a Europa (WHO, 2005b), assim como o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar (WHO, 2008c) reconhecem a importância da saúde mental, do bem-estar e da prevenção de problemas de saúde mental no local de trabalho, bem como a necessidade de superar o estigma, a discriminação e promover a reintegração. Não é nenhuma surpresa que os decisores políticos estejam preocupados com os efeitos dos distúrbios mentais e do comportamento na sociedade e na economia já que, globalmente, os transtornos mentais são as principais causas de incapacidade (WHO, 2001a). Esta evidência vem reforçar o trabalho de Ozamiz *et al* (2006) e Lehtinen (2008) no desenvolvimento dos indicadores estruturais de saúde mental (MMHE 31) e justifica a importância da análise dos dados a seguir. A maioria dos trabalhadores referem sentir preocupação no seu empregador pela promoção da saúde mental nas suas empresas. A maioria dos trabalhadores trabalha com um contrato sem termo, apesar dos 11,9% de trabalhadores que trabalham sem qualquer tipo de contrato. O INE (2009) indica uma percentagem de trabalhadores com contrato a termo de 19,6% na região de Lisboa, indo ao encontro dos dados identificados na cidade de Amora.

Valores e suporte social

Na amostra em estudo identificamos um suporte social mais elevado em *Cruz de Pau* em oposição a um menor suporte social observado no *Fogueteiro* com um valor na transição entre o *suporte social pobre* e o *suporte social intermédio*. *Amora*, *Foros de Amora e Belverde* e *Paivas* apresentam valores de suporte social entre os 9,59 e os 9,96. O *Fogueteiro* apresenta um suporte social significativamente inferior á *Amora*, *Cruz de Pau* e *Foros de Amora e Belverde*. A relação da percepção de suporte social com a saúde mental e para o bem-estar está largamente documentada (Dean & Lin, 1977; Turner, 1983; Turner *et al*, 1983; Gottlieb, 1981; Cohen & Syme, 1985; Cohen & Wills, 1985; Kessler, McLeod & Wethington, 1985; Sarason & Sarason, 1985; Vaux, 1988; Sarason, Sarason & Pierce, 1990; Veil & Baumann, 1992; Berkman & Glass, 2000; Cohen *et al*, 2000; Kawachi & Berkman, 2001) o que indica a necessidade de uma intervenção na promoção do suporte social prioritária no *Fogueteiro* e em *Paivas*. Ainda considerando os valores, suporte e participação social, foi avaliado o estigma em relação a *estrangeiros*, *etnia (diferente)* e *doente mental*. O estigma é um dos maiores obstáculos a uma boa saúde mental nas comunidades (WHO, 2001b). Os valores apresentam um valor médio acima de 2,5 em relação aos três grupos

(recordamos que a ausência de estigma é representado pelo valor 1 e o valor 3 já delimita significativamente a relação que se deseja desenvolver com o outro), o que aponta para um estigma significativo relativamente a *estrangeiros*, *etnia* (diferente) e ao *doente mental*. Observa-se ainda que o estigma associado aos três grupos considerados tem uma correlação moderada positiva entre si. O estigma relacionado com o doente mental apresenta uma correlação residual, que optamos por não considerar. Isto significa que o estigma perante o *outro diferente* é independente do motivo da *diferença* e está inversamente relacionado com o nível de saúde mental. Um ganho em saúde mental nos indivíduos e nas comunidades permite uma redução do estigma nesses indivíduos e nessas comunidades.

O estigma está fortemente associado a perda de estatuto social (Berger *et al*, 1977; Ridgeway & Walker, 1995), afastando os indivíduos ou as comunidades estigmatizadas de verem as suas ideias aceites por outros ou de serem escolhidos como representantes de um grupo ou comunidade (Mullen, Salas & Driskell, 1989). Em acrescento, Alguns autores têm apontado para a situação que as pessoas são expostas a estereótipos comuns (ambientais) no seu processo de socialização (Link, 1982; Link *et al.*, 1989, 1997). Para estes autores o estereótipo considerado torna-se pessoalmente relevante (Link, 1982; Link *et al*, 1989), desenvolvendo o que se denomina de *estigma internalizado* (Corrigan, 1998; Corrigan & Watson, 2002). Estes resultados indicam a necessidade de considerar a intervenção face ao estigma um objetivo incontornável para intervenção em promoção da saúde mental. Também é verdade que um ganho em saúde mental nos indivíduos e nas comunidades, através da intervenção junto dos indicadores estruturais de saúde mental, permite uma redução do estigma nesses indivíduos e nessas comunidades, combatendo a discriminação nas suas várias vertentes, incluindo a discriminação de pessoa para pessoa, o estigma internalizado, o estigma silencioso (que atua perniciosamente na interação social) e o estigma estruturado (Link & Phelan, 2001).

Para além da dimensão estrutural da inclusão social, que se relaciona com uma sociedade inclusiva, existe também uma dimensão de conteúdo: o suporte social promovido por relações interpessoais efetivas, a capacidade de se envolver em atividades de grupo e a participação cívica (Victorian Health Promotion Foundation, 1999, 2005). Os dados apontam para uma diferença entre as 5 áreas em estudo com *Foros de Amora e Belverde* que ocupa mais facilmente o tempo em oposição ao

Fogueteiro onde essa dificuldade é mais referenciada. Outro dado interessante surge quando cruzamos a facilidade em ocupar o tempo com o voluntariado. No caso da população envolvida em voluntariado, a diferença entre as 5 áreas desaparece e todas elas apresentam um aumento na facilidade de ocupação do seu tempo mantendo-se a diferença entre as 5 áreas urbanas em estudo, se considerarmos a população não envolvida em voluntariado. Ora, se atendermos às conclusões de Cohen *et al* (2000), que considera que as pessoas com melhor nível de suporte social percebido são aquelas que são mais efetivas no desenvolvimento e manutenção de relações interpessoais de suporte mútuo e que são capazes de interpretar as suas ações como naturalmente de suporte à sua envolvente, o desenvolvimento de estruturas de apoio ao voluntariado pode significar uma melhoria clara do suporte social, e, em consequência, do nível de saúde mental da comunidade.

Autoapreciação do estado de saúde

A *autoapreciação do estado de saúde* apresenta um valor médio de 2,59 (1-5) que aponta para uma autoapreciação abaixo do valor médio da escala (3). As pessoas da amostra têm uma *autoapreciação do estado de saúde* má ou muito má na sua maioria não se identificando diferenças entre as cinco áreas urbanas em estudo. Este dado afasta-se do resultado do INS 2005/2006 (INE, 2009) onde apenas 14,07% da população portuguesa se referia negativamente à sua apreciação do estado de saúde. A *energia e vitalidade* apresenta valores mais positivos com um valor médio de 3,71 (1-5), situação que, em semelhança com a *autoapreciação do estado de saúde*, não apresenta diferenças entre as cinco áreas urbanas em estudo. Quando questionados sobre a percepção da sua *qualidade de vida*, a amostra também apresenta valores acima da média da escala (3,51) (1-5) mas, neste caso, observa-se uma diferença com *Foros de amora e Belverde* a apresentar um valor médio de 3,58 e, em oposição, o *Fogueteiro* a apresentar um valor médio de 3,3. Estes dados vão ao encontro do identificado no INS 2005/2006 (INE, 2009) onde apenas 5,79% da população portuguesa se refere negativamente à sua qualidade de vida. A mesma diferença pode ser observada em relação ao *sentimento de segurança*. É novamente a área *Foros de Amora e Belverde* que apresenta o valor médio mais elevado (3,99) (1-5) e é no *Fogueteiro* que a amostra refere um menor *sentimento de segurança* (3,37) ainda assim superior ao valor médio da escala. Este indicador está fortemente associado à

perceção de suporte social (Lehtinen, 2008) pelo que, apesar de seu valor aceitável, não deve ser excluído da intervenção a desenhar no *n'Amora Bem*.

A participação em grupos de auto-ajuda é um recurso que apenas é utilizado por 4,6% da amostra em estudo. Apesar das diferenças nas frequências relativas de cada uma das 5 áreas urbanas, com o *Fogueteiro* a apresentar 8,5% da amostra envolvida em grupos de autoajuda e a *Amora* apenas 2,2%, esta diferença não se revela estatisticamente significativa.

Outro indicador considerado foi o *índice de massa corporal* (IMC). O valor médio encontrado é de um IMC de 25,78, considerado uma situação adequada se tivermos em conta o ponto de corte utilizado no INS 2005/2006 (INE, 2009) de 27, mas onde podemos aferir uma situação de sobrepeso se tivermos em conta a OMS (WHO, 1995). Também este dado vai ao encontro do identificado no INS 2005/2006 (INE, 2009) que define um valor de 28,46% dos portugueses em situação de sobrepeso ou obesidade. Observamos uma diferença entre as áreas urbanas em estudo com o *Fogueteiro* a apresentar maior IMC e *Paivas* menor IMC.

Relativamente à toma de medicamentos, nas duas semanas prévias á entrevista, 63,6% da amostra encontrava-se a tomar medicamentos sendo que, dos 447 entrevistados que se refiram á existência ou não de prescrição médica, 90,4% tinham associado ao fármaco uma prescrição médica. A toma de medicamentos apresenta uma diferença entre as 5 áreas urbanas, em que *Paivas* é a área onde mais entrevistados referiram estar a tomar medicamentos (73,3%) e *Cruz de Pau* a área onde esta frequência é menor, mas ainda assim superior a 50% (57,0%) não sendo esta diferença observável quando questionamos a prescrição médica do fármaco consumido. Quando observamos os dados do INE 2005/2006 (INE, 2009) encontramos valores entre os 1,6% de toma de medicamentos para bronquite e 15,6% de toma de medicamentos para a hipertensão, não sendo possível identificar a percentagem global de população que tomou medicamentos, independentemente do motivo nas duas semanas anteriores á entrevista.

Questionados sobre doença crónica, a doença mais referenciada pelos entrevistados á a *ansiedade* com 17,22% a referi-la nas duas semanas anteriores á entrevista (4,57 segundo o INE, 2009). A *HTA* é referenciada por 16,79% da amostra (20,01 segundo o INE, 2009) e a *hipercolesterolemia* por 15,21%. Neste último caso, identificamos diferenças entre as 5 áreas em estudo com *Foros de Amora* e *Belverde* a apresentar

uma maior percentagem (31,1%) em oposição a *Fogueteiro* e *Paivas* (ambos com 11,3%). Esta diferença entre as áreas é também identificada na categoria *outra dor* com um valor global de 14,92% mas apresentando uma diversidade de valores que variam entre os 30,4% de *Amora* e os 10,0% de *Foros de Amora* e *Belverde*. Sem diferenças observadas entre as áreas urbanas, as *cefaleias/enxaquecas* afectam 14,06% indivíduos, as *artralgias* 13,34% (16,33 segundo o INE, 2009), a *depressão* é referenciada por 10,33% dos entrevistados (8,34 segundo o INE, 2009), os *problemas gástricos* por 8,18%, muito próximo do valor observado para as *alergias* (8,03%), enquanto a *diabetes* afeta 7,03% dos entrevistados (6,54 segundo o INE, 2009). Menos referenciadas foram as categorias *outra cardiovascular* com 5,74% dos entrevistados, *DPOC/Enfisema* com 2,87% (3,72 segundo o INE, 2009) e a *asma* com 2,73%.

Dos entrevistados, 6% estão de baixa há mais de um mês por incapacidade, percentagem significativamente inferior aos 23,5% da população portuguesa na mesma situação referidos pelo INE (2009). Destes, apenas 30 se referiram á percentagem de incapacidade apontando um valor médio de 46,73% de incapacidade.

Os estilos de vida são fundamentais na construção da saúde de cada indivíduo e da comunidade em geral. A alimentação é um determinante decisivo do estado de saúde, e também, do estado de saúde mental. Na cidade de *Amora* o alimento mais consumido é o *pão* com 84,5% (que marca presença para 90,0% dos portugueses, segundo o INE, 2009) dos entrevistados que o incluíram na sua dieta no dia anterior á entrevista, apresentando diferenças entre as 5 áreas urbanas, onde a *Amora* é o lugar que mais pão referiu consumir em oposição ao *Fogueteiro*. Nos outros alimentos considerados na entrevista não foram identificadas diferenças entre as 5 áreas urbanas em estudo. A *fruta* é consumida por 81,35 dos entrevistados, os *farináceos* por 80,5% (80,0% e 90%, respetivamente, a nível nacional segundo o INE, 2009) e a *carne* é preferida ao peixe com uma referência de consumo de 79,2% e de 60,1%, respetivamente (em concordância com o INE, 2009). Os *lacticínios* ocupam um 4º lugar com 78,5% (86% a nível nacional segundo o INE, 2009) e a *sopa* surge na 5ª posição com 68,6%. A ingestão de salada/legumes cozidos no dia anterior á entrevista foi referenciada por 65,4%. Os doces com um consumo referenciado por 38,9%, o feijão/grão referenciado por 28,6% e outros alimentos referenciados por 27,4% foram os alimentos menos consumidos no dia anterior á entrevista.

Os Problemas Ligados ao consumo de Álcool (PLA) constituem em Portugal um importante problema de saúde pública (Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2010). O INS 2005/2006 (INE, 2009) refere uma percentagem de 54,05% da população que consumiu bebidas alcoólicas no ano anterior à entrevista. A dependência alcoólica ou o consumo abusivo de álcool afeta de forma direta mais de 1 milhão de portugueses, o que vai ao encontro do identificado na amostra estudada, com 11,6% da população a referir um consumo acima do ponto de corte (5) (Lavikainen; Fryers & Lehtinen, 2006).

Parentalidade e saúde mental

Dos entrevistados, 21,81% referiram ter sido pais há menos de 10 anos. Destes, apenas 53,3% se referem à frequência de uma consulta pré-natal, com *Foros de Amora e Belverde* a atingir uma percentagem de 66,7% e *Paivas* a apresentar uma percentagem de 26,3%. Estes dados apresentam-se como preocupantes se considerarmos a importância atribuída por Lehtinen (2008) à educação parental e à promoção dos cuidados maternos compreensivos. Em continuidade, considerando a frequência de uma consulta pós-parto, os dados ainda excluem mais de um terço dos pais há menos de 10 anos. Dos entrevistados apenas 65,8% refere ter tido acesso a uma consulta pós parto, valor que se aproxima dos 67,8% referidos pelos ACESSS (2011).

A amamentação apresenta valores positivos com 65,2% dos entrevistados a afirmarem terem amamentado o seu filho em exclusivo pelo menos até aos 3 meses, um importante comportamento que está associado à promoção da saúde mental pela vinculação que a ele pode estar associada (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1991). O acesso a serviços pré escolares centrados na criança é uma realidade para 69,7% dos pais entrevistados, um número que fica aquém das necessidades do defendido por Lehtinen (2008), apesar das estruturas em quantidade suficiente presentes na cidade de Amora.

Senioridade e saúde mental

Dos entrevistados, 14,8% da amostra estudada, tem 65 ou mais anos. Este grupo populacional refere uma frequência reduzida de centros de dia e clubes dirigidos aos mais de 65 anos. Esta realidade é transversal a toda a cidade estudada, apesar de uma maior frequência referida por *Foros de Amora e Belverde*. Este valor afigura-se claramente insuficiente se considerarmos a importância desta população poder ter

acesso a exercício físico, a uma dieta equilibrada, a uma vida social e a poder envolver-se em voluntariado (MIND, 2008, Lehtinen, 2008).

Dos entrevistados com mais de 65 anos, 26,2% frequentam formação e/ou educação, sem se identificarem diferenças entre as 5 áreas em estudo. Este valor parece positivo pela necessidade de manter-se mentalmente ativo defendida por MIND (2008).

Por outro lado, apenas 5,8% dos entrevistados com mais de 65 anos referem ter apoio domiciliário⁶³, não estando este indicador associado com o nível de saúde mental. A este número reduzido acresce um valor igual (5,8%) que referem viver em casa dos filhos. O isolamento é por isso uma questão a combater nas estratégias de promoção da saúde mental dos amorenenses com mais de 65 anos (Lehtinen, 2008).

1.5. AMORA: ESPAÇO URBANO PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL

Considerando o trabalho desenvolvido na Cidade de Amora, podemos avançar com a caracterização do espaço urbano promotor de saúde mental. Interessa no entanto realçar que esta caracterização é específica da cidade de Amora, no espaço e no tempo em que foi observado (Coutinho, 2011), já que, os dados considerados se resumem à informação recolhida e trabalhada no âmbito desta IPBC (Minkler & Wallerstein, 2008).

A construção de um *espaço urbano promotor de saúde mental* fundamenta-se, em primeira linha, na aplicação prática dos princípios da promoção da saúde (OMS, 1986), integrando, de forma ativa, no desenvolvimento da IPBC (Minkler & Wallerstein, 2008; Loureiro & Miranda, 2010; Loureiro *et al*, 2011) o conceito de *capacitação* (individual e comunitária). A estratégia da *cidade promotora de saúde mental* deve ser guiada por um conjunto de valores fundamentais e princípios, incluindo 1) um *modelo social e ecológico de saúde*, 2) um *compromisso com a equidade*, 3) um respeito e uma sensibilidade em relação à *diversidade cultural*, 4) uma estratégia baseada no *desenvolvimento sustentável*, e 5) uma *abordagem participativa* que envolve a população na identificação das necessidades, na definição de prioridades e no planeamento, implementação e avaliação das intervenções em promoção da saúde,

⁶³ Como definido no capítulo 4: *materiais e métodos* não inclui visitas domiciliárias de estruturas de saúde.

como defendem Dempsey, Battel-Kirk & Barry (2011) ao clarificar as competências do *promotor de saúde*.

Reconhece-se o papel da rede social e o resultado das suas intervenções refletidas no nível de saúde da comunidade, tal como descrito na Lei nº 159/99 de 14 de Setembro. No desenvolvimento deste processo, foram identificadas, apesar disso, algumas dificuldades de participação ativa na rede social de duas importantes estruturas: os serviços de saúde e as empresas. Os resultados atingidos mostram, efetivamente, a necessidade de um efetivo envolvimento destas estruturas para a construção de um espaço urbano promotor de saúde, o que concorda com o legislado no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, em relação às estruturas de cuidados de saúde primários, e responde à estratégia de Lisboa (Gorjão-Henriques, 2011) no que se refere às empresas.

Um espaço urbano promotor de saúde mental é então aquele que se estrutura (física e socialmente) para capacitar os seus cidadãos a se integrarem ativamente no funcionamento da sua comunidade desenvolvendo o processo em oito pontos:

1. Iniciando o *processo de promoção da saúde mental o mais precocemente possível* (Lehtinen, 2008) a partir dos primeiros anos de vida congregando esforços para a capacitação parental desde a gravidez, e investindo eficazmente nas estruturas escolares;
2. Estruturando a comunidade para uma *participação ativa num sentimento de segurança individual e comunitária*, envolvendo no processo estruturas governamentais e não-governamentais, numa abordagem transversal (*health in all policies*), incluindo forças de segurança (WHO, 2001b; EC, 2005; Lehtinen, 2008; WHO, 2008c);
3. *Promovendo a solidariedade e a inclusão*, capacitando a comunidade e os seus cidadãos a serem parte do esforço de inclusão e de combate a todas as formas de estigma, promovendo o voluntariado e a promoção do suporte social, desenvolvendo a coesão social como determinante major de saúde mental (Ozamiz *et al.*, 2006; Lehtinen, 2008; Freudenberg, Klitzman & Saegert, 2009; Loureiro & Miranda, 2010);
4. Estruturando o seu funcionamento para o *reconhecimento das necessidades expressas pelos seus habitantes*, e envolvendo-os e capacitando-os para a

defesa do espaço e interesses comuns (WHO, 1986; Minkler & Wallerstein, 2008; Loureiro & Miranda, 2010);

5. Identificando respostas para a *conciliação entre vida pessoal, familiar e profissional*, intervindo junto das entidades empregadoras, mas capacitando, simultaneamente, cada cidadão *per si* na construção de um estilo de vida que combata os efeitos prejudiciais de desemprego no bem-estar psicológico (Brenner, 1974; Catalano, Dooley, & Jackson, 1981; Horwitz, 1984; Warr, Jackson & Banks, 1988; Perrucci & Perrucci, 1990; Dew, Penkower & Bromet, 1991; Theodossiou, 1998).
6. Criando *estruturas de acompanhamento dos grupos sociais mais desfavorecidos* (nomeadamente os desempregados), utilizando a rede social e os seus esforços para minimizar situações de iniquidade socioeconómica, como as sentidas neste momento em Portugal, respondendo em concordância com as propostas de Saegert, Libman & Fields (2009), para uma resposta á crise num contexto de saúde pública;
7. Apostando, considerando o envelhecimento rápido da população, em *estratégias de combate ao isolamento* (com recurso ao *befriending* entre outros), e envolvendo a população sénior ativamente no processo de reorganização do seu funcionamento social (Ozamiz *et al*, 2006; MIND, 2008; Lethinen, 2008);
8. *Centrando a vida quotidiana da comunidade nas pessoas*, envolvendo-as nos processos de discussão e decisão no que ao seu espaço urbano diz respeito, numa efetiva governança e gestão relacional por parte dos poderes locais e regionais, como defendido por Esteve (2009).

Estes procedimentos permitiriam dar resposta ao desafio de Taipale (Lehtinen, 2008) ao solicitar uma política de saúde mental coerente, centrada na capacitação dos indivíduos e das comunidades (WHO, 1986), e respondendo ao duplo desafio em saúde pública: a saúde mental (WHO, 2001a; EC, 2005) e a urbanização (Freudenberg, 2009).

4. O N'AMORA BEM

O *n'Amora Bem* foi promovido, considerando como ponto de partida uma revisão da literatura e a análise das políticas europeias (EC, 2005), nacionais (Plano nacional de Saúde mental 2007-2016) e locais, com um mapeamento das atuais estratégias políticas que promovem a saúde mental procurando identificar a informação relacionada com a saúde mental a nível local, envolvendo permanentemente, as diferentes estruturas comunitárias governamentais e não-governamentais da Freguesia de Amora (George & Bennet, 2005). Neste processo foram utilizados os princípios defendidos por Israel *et al* (2008) num recurso a uma IPBC em saúde pública vista como uma parceria equitativa entre membros da comunidade, organizações governamentais e não-governamentais e investigadores em todos os aspetos da investigação.

Reconhecendo a importância das questões metodológicas e éticas em IPBC, foram estruturados cinco pressupostos de forma a respeitar a necessidade defendida por Bradburry & Reason (2008) de centrar a IPBC nos aspetos mais relevantes para a comunidade. Delineando uma definição de saúde mental (WHO, 2001a; Lehtinen, 2008), reconhecendo a transversalidade da saúde mental e propondo um plano centrado na comunidade (Minkler & Wallerstein, 2008), priorizando as intervenções e reconhecendo a saúde como bem de mérito, foi possível olhar a promoção da saúde, numa perspetiva de capacitação individual e comunitária como defendido por Loureiro & Miranda (2010), no recurso ao conceito de promoção da saúde de Otava (WHO, 1986).

Foi também no trabalho de Loureiro & Miranda (2010) que se baseou o ponto de partida para o desenho do *n'Amora Bem* utilizando para o efeito o modelo de planeamento que apoia o desenvolvimento participado de programas de promoção da saúde *PRECEDER* / *PROCEDER* (Green & Kreuter, 2005; Minkler & Wallerstein, 2008).

Como referido por Minkler & Wallenstein (2008) houve necessidade de recurso a fontes de informação muito variadas o que vai ao encontro de um trabalho de construção e partilha com uma larga variedade de estruturas locais, governamentais e

não-governamentais, procurando evidenciar, como defendido por Isreal (2000) resultados que sejam sentidos como significativos pela comunidade e diversificando as fontes de informação segundo a proposta de George & Bennet (2005).

O trabalho deste grupo de entidades e personalidades definiu seis eixos prioritários para uma intervenção com um espectro temporal de 2012 a 2015, tendo a proposta apresentada sido aprovada em plenário da CSFA, por unanimidade, cumprindo o passo quatro⁶⁴ do modelo PRECEDER/PROCEDER (Green & Kreuter, 2005; Minkler & Wallerstein, 2008; Loureiro & Miranda, 2010).

O trabalho final do *n'Amora Bem* é composto por ações exequíveis, que facilmente se podem ancorar no trabalho e em projetos já desenvolvidos na comunidade, e que proporcionem melhores resultados com um mínimo investimento, para além daquele que já vem sendo efetuado pelas estruturas governamentais e não-governamentais da Cidade de Amora e do município do Seixal, nomeadamente as atividades no âmbito do *Seixal Saudável*, ou da sua rede social, num respeito permanente pelo delineado pela OMS (WHO, 2004a) na construção de políticas e planos de promoção da saúde mental, numa base local e regional.

⁶⁴ Avaliação política

Capítulo 8

Conclusões e sugestões

“There are two modes of acquiring knowledge, namely, by reasoning and experience. Reasoning draws a conclusion and makes us grant the conclusion, but does not make the conclusion certain, nor does it remove doubt so that the mind may rest on the intuition of truth unless the mind discovers it by the path of experience.”

Roger Bacon (1214–1294),

1. CONCLUSÃO

Com a realização do presente estudo foi possível desenvolver um plano local de promoção da saúde mental com recurso a uma Investigação Participada de Base Comunitária, campo fundamental da saúde pública, que, até à data, não possuía qualquer experiência de aplicação autárquica em Portugal.

Foi um importante pressuposto assumir que a investigação em saúde mental é multidisciplinar e que exige uma vasta compreensão dos diferentes determinantes sociais, psicológicos e físicos, que regulam a vida cognitiva, afectiva e comportamental de cada indivíduo e do seu espaço numa comunidade. A construção da saúde pública foi pensada no contexto das mudanças sociais, políticas, económicas, científicas e tecnológicas que desafiam constantemente as comunidades, assumindo a urbanização como a mudança demográfica mais importante das últimas décadas com um impacto decisivo sobre a saúde pública.

O nível de saúde mental identificado na população da cidade de Amora (freguesia de características urbanas, da área Metropolitana de Lisboa, concelho do Seixal representando 0,03% do território nacional e 0,46% da população o que lhe confere uma elevada densidade populacional) nas 5 áreas urbanas em estudo (Amora, Cruz de Pau, Fogueteiro, Paivas, Foros de Amora e Belverde) apresenta melhores dados do que a média nacional, com uma prevalência do sofrimento psicológico de 16,5% comparados com os 27,2% da população portuguesa com 15 ou mais anos que registava existência provável de sofrimento psicológico em 2005. Foi identificada uma correlação positiva entre o nível de saúde mental observado na população, os anos de escolaridade, o suporte social, o sentido de coerência e o nível socioeconómico.

Considerando os resultados deste estudo, a construção de um espaço urbano promotor de saúde mental fundamenta-se, em primeira linha, na aplicação prática dos princípios da promoção da saúde, integrando, de forma ativa, no desenvolvimento da IPBC, o conceito de capacitação (individual e comunitária). A estratégia da cidade promotora de saúde mental deve ser guiada por um conjunto de valores fundamentais e princípios, incluindo 1) um modelo social e ecológico de saúde, 2) um compromisso com a equidade, 3) um respeito e uma sensibilidade em relação à diversidade cultural,

4) uma estratégia baseada no desenvolvimento sustentável, e 5) uma abordagem participativa que envolve a população na identificação das necessidades, na definição de prioridades e no planeamento, implementação e avaliação das intervenções em promoção da saúde.

Reconhece-se o papel da rede social e o resultado das suas intervenções refletidas no nível de saúde da comunidade. No desenvolvimento deste processo foram identificadas algumas dificuldades de participação ativa na rede social de duas importantes estruturas: os serviços de saúde e as empresas. Os resultados atingidos mostram a necessidade de um efetivo envolvimento destas estruturas para a construção de uma cidade promotora de saúde mental. Interpretando os resultados alcançados e a relação entre saúde mental e espaço urbano, podemos afirmar que a cidade de Amora será tão mais saudável mentalmente quanto mais investir em 5 áreas centrais:

1. Qualidade de vida dos seus habitantes, olhando o sentido de coerência, que apresenta diferenças entre as áreas urbanas estudadas, como um recurso de promoção da saúde, que reforça a resistência e desenvolve um estado subjetivo de saúde positivo. A proposta é o do desenvolvimento de uma abordagem salutogénica como valiosa ferramenta para a promoção da saúde. De referir as estruturas físicas que promovem esta perceção, tal como uma boa adequação dos espaços verdes da cidade de Amora (que cumprem a presença de espaços verdes num raio máximo de um quilómetro à habitação de cada cidadão) permitindo uma intervenção precoce ao longo do ciclo vital e indicando um caminho para intervenção junto de populações mais desfavorecidas socioeconomicamente, usando o recurso espaços verdes e promovendo o sentimento de segurança na área urbana.

2. Nível de energia e vitalidade dos seus habitantes, considerando o efeito protetor da escolaridade sobre a saúde mental. Estes resultados sugerem a necessidade de uma aposta substancial na promoção de uma escolaridade promotora de saúde mental para ganhos em saúde. Ainda, e usando uma abordagem transversal com o ponto anterior, este desiderato pode ser alcançado com a promoção da atividade física na redução da ansiedade e na melhoria da autoperceção física e da autoestima. Considerando a necessidade de cerca de meia hora de atividade física diária, uma cidade promotora de saúde mental é aquela que promove a atividade física dos seus habitantes, criando e utilizando os recursos existentes para o efeito como os

espaços verdes e as estruturas desportivas, apoiando e envolvendo as associações com carácter desportivo e outras iniciativas promotoras da actividade física.

3. Combate ao consumo de álcool na comunidade, e de outros comportamentos nefastos para a saúde, promovendo estilos de vida saudáveis, intervindo de forma precoce reconhecendo o papel que as escolas desempenham na promoção da saúde mental das crianças e os cuidados de saúde primários na prestação de serviços, incluindo a implementação de um programa de prevenção da doença mental e de promoção da saúde mental que inclua os pais, os funcionários e os pares, utilizando uma metodologia variada e integrando o conteúdo saúde mental no curriculum escolar.

4. Suporte social, assumindo que a cidade promotora de saúde mental é aquela que desenvolve projetos que suportam a promoção de uma sociedade inclusiva onde todas as pessoas se sintam valorizadas, com as suas diferenças respeitadas, e as suas necessidades básicas satisfeitas para uma vida digna, alicerçando o capital social, importante determinante para a promoção da saúde mental, e combatendo eficazmente qualquer forma de estigma.

5. Índice socioeconómico da sua comunidade, considerando os resultados que associam a um elevado nível de saúde mental, um elevado nível socioeconómico. Uma cidade promotora de saúde mental considera na sua organização a importância do nível socioeconómico, e promove um olhar atento à situação laboral dos seus habitantes, oferecendo respostas de combate à iniquidade socioeconómica.

Os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados encontrados em estudos similares realizados em outros países, o que nos leva a concluir que é urgente o desenvolvimento de competências e estruturas que apoiem o desenho de planos locais de promoção da saúde mental envolvendo ativamente estruturas comunitárias e população no processo. Vários esforços têm sido feitos com o objetivo de desenvolver uma saúde mental comunitária efetiva e promover a saúde mental, nomeadamente ao nível do Ministério da Saúde (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016), mas com a experiência do n'Amora Bem, torna-se urgente assumir a participação comunitária como um elemento central de sucesso e de potenciais ganhos em saúde, numa vertente ecológica.

Com a obtenção destes resultados, considera-se de extrema importância uma rápida atuação de Saúde Pública, em que autarquias e unidades de saúde locais assumam

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Parte2: Conclusões e sugestões

um papel relevante no desenvolvimento de planos locais de promoção da saúde mental.

2. RECOMENDAÇÕES NUMA PERSPECTIVA DE SAÚDE PÚBLICA

Tendo por base o trabalho aqui apresentado, e reconhecendo que estamos perante um desafio atual de Saúde Pública, para o qual é fundamental o desenvolvimento de estratégias comunitárias participativas propomos:

- Apoiar o desenvolvimento de planos locais de promoção da saúde mental, através do desenvolvimento de competências em promoção da saúde e de recursos de suporte a nível das estruturas autárquicas e das organizações não-governamentais de base local;
- Avaliar os ganhos em saúde da promoção da saúde mental com recurso a estratégias de participação comunitária, refletidos numa melhoria do nível de saúde mental da(s) comunidade(s), promovendo o desenvolvimento da avaliação do impacto em saúde do crescimento e organização dos espaços urbanos;
- Incentivar estratégias de gestão relacional no dia-a-dia das atividades municipais, promovendo respostas participativas da comunidade aos problemas. Para o efeito será necessário ousar atribuir o poder às comunidades locais, primeiras conhecedoras das suas necessidades e dos recursos possíveis no seu espaço de intervenção, e cumprir o proposto na Constituição da República Portuguesa no que à regionalização diz respeito;
- Incluir nos indicadores de saúde comunitários, indicadores estruturais de saúde mental que fundamentem a promoção de um paradigma salutogénico nas estruturas de cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde;
- Apostar na Investigação Participada de Base Comunitária para identificação de respostas para as necessidades de saúde das comunidades, integrando o modelo na formação de profissionais envolvidos em promoção da saúde mental (saúde, serviço social, educação, entre outros);
- Centrar as estratégias de promoção da saúde nas comunidades, num trabalho com e para as comunidades, respeitando os seus valores e formas de organização e responsabilizando-as pelo sucesso das intervenções.

Como pudemos verificar, a investigação participada de base comunitária permite, com custos relativamente reduzidos, e recorrendo a estruturas governamentais e não-governamentais já existentes, a organização de respostas a problemas locais, com o envolvimento da comunidade local e ganhos em saúde sentidos como necessários pela própria comunidade. Considerando as profundas alterações em curso na organização social e económica das nossas comunidades, torna-se emergente uma ação política que possibilite o desenvolvimento de intervenções participadas em promoção da saúde, pugnando por mais saúde, para o maior número de pessoas pelo mais baixo custo, descentralizando as intervenções, até agora assumidas pelo Ministério da Saúde, para as autarquias, associações e praças das comunidades, capacitando os cidadãos de Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrupamento De Centros De Saúde Seixal Sesimbra. Plano de desempenho 2011. Amora: Agrupamento de Centros de Saúde Seixal-Sesimbra; 2011.

Aguiar P. Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi Editores; 2007. ISBN: 978-972-796-281-5.

Ainsworth M. Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In Parkes, C.Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (Eds.), Attachment across the life cycle (pp. 33-51). New York: Routledge; 1991.

Allegrante J, Barry M, Airhihenbuwa C, Auld E, Collins J, Lamarre M, Magnusson M, Mcqueen D, Mittelmark M. Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: The Galway Consensus Conference Statement. Health Education & Behaviour. 2009; 36(3): 476-482.

Almedom A. Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. Social Science & Medicine. 2004; Volume 61, Issue 5: 943-964.

Almeida M. Promoção da Saúde depois dos 65 anos: Elementos para uma política integrada de envelhecimento. Tese submetida para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, Especialidade Promoção da Saúde. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa: Não publicada; 2009.

Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, Blum R. Health risk behaviours and associated risk and protective factors among Brazilian Adolescents in Santos, Brazil. Journal of Adolescent Health. 2001; 28(4): 295-302.

Antonovsky A. Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.

Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Sciences & Medicine. 1993a; 36(6): 725-733.

Antonovsky A. Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. Social Science Medicine. 1993b; 37: 969-981.

Área Metropolitana de Lisboa. Atlas da Área Metropolitana de Lisboa. Direção e Coordenação de José António Tenedório. Lisboa: Área Metropolitana de Lisboa; 2003. ISBN: 972-98655-7-4.

Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortes I, Rohlfs I. Women, Family Demands and Health: The Importance of Employment Status and Socio-economic Position. Social Science & Medicine. 2004; 59 (2): 263-74.

Asociación Internacional de Ciudades Educadoras. Carta de ciudades educadoras. 2004. Disponível em www.bcn.es/edcities/aice/estatiques/espanyol/sec_charter.html [citado em 6 maio 2010].

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

Associação dos Profissionais de Serviço Social. 2009. Disponível em www.apross.pt [citado em 5 novembro 2009].

Associação Nacional de Municípios Portugueses. Comunidades Intermunicipais e Áreas Metropolitanas. 2009. Disponível em www.anmp.pt [Citado em 1 dezembro 2009].

Australian Health Promotion Association. Core Competencies for Health Promotion Practitioners. Queensland: Australian Health Promotion Association; 2009.

Aydon C. Breve História da Humanidade: 150 000 anos da nossa história. Lisboa: Gradiva; 2010. ISBN: 978-989-616-314-3.

Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*. 1977; 84: 191-215.

Barnett E, Casper M. Definition of social environment. *American Journal of Public Health*. 2001; 91(3): 465.

Barry M. Designing an evaluation framework for community mental health promotion. *Journal of Mental Health Promotion*. 2003; 2(4): 26-36.

Barry M, Domitrovich C, Lara M. The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education*. 2005; Suppl. 2: 30-36.

Barry M, Jenkins R. Implementing mental health promotion. London: Elsevier; 2007.

Banaty B. Designing social systems in a changing world. 1 ed. New York: Plenum Press; 1996.

Battel-Kirk B, Barry M. Testing the feasibility of a pan-European framework for health promotion accreditation. IUHPE Research Report Series Volume 4 No 1. Galway: National University of Ireland; 2009.

Bauer G, Davies J, Pelikan J. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*. 2006; 21 (2): 153-159.

Bauer G, Davies J, Pelikan J, Noack H, Broesskamp U, Hill, C. Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development: Proposal from the EUHPID consortium. *European Journal of Public Health*. 2003; 13 (3): 107-113.

Baum F. Healthy Cities and change: social movement or bureaucratic tool? *Health Promotion International*. 1993; 8 (1): 31-40.

Bell J. Como Realizar um Projeto de Investigação. Gradiva: Lisboa; 1993. ISBN: 972-662-524-6.

Benevolo L. História da cidade. São Paulo: Perspetiva; 2009. ISBN: 978-85-273-0100-8.

Berger J, Fisek M, Norman R, Zelditch M. Status characteristics and social interaction. New York: Elsevier; 1977.

Berkels H, Henderson J, Henke N, Kuhn K, Lavikainen J, Lehtinen V, Ozamiz A, Van Den Heede P, Zengiger K. Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Anxiety, Depression and Stress related Disorders in Europe: Final Report 2001-2003. Dortmund: Publications Series from the Federal Institute for Occupational Safety and Health; 2004. ISBN: 3-86509-118-0.
- Berkman L, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. *In* Berkman & Kawachi (eds.) *Social Epidemiology* (pp. 137-173). Oxford: Oxford University Press; 2000.
- Bessette L. Chômage et depression chez les femmes : le rôle du support social. *Santé Mentale au Québec*. 1987; Volume XII, nº 2: 82-91.
- Bethune A. Unemployment and mortality. *In* Drever F, Whitehead M (Eds.) *Health inequalities*. London: H.M. Stationery Office; 1997.
- Bisquerra R. Métodos de investigación educativa: Guía practica. Barcelona: ediciones CEAC; 1989.
- Blane D, Brunner E, Wilkinson R. (Eds.). *Health and Social Organization*. London: Routledge; 1996.
- Bowis J. Mental health promotion and prevention in primary care: introduction. *In* Jenkins R, Ustun T (Eds.) *Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care* (pp. 3-6). Chichester: John Wiley; 1998.
- Bowlby J. Attachment and loss, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books; 1969.
- Bowman B. Cross-cultural validation of Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1996; 52(5): 547-549.
- Bowman B. Cultural pathways toward Antonovsky's sense of coherence. *Journal of Clinical Psychology*. 1997; 53(2): 139-142.
- Bradburry H, Reason P. Issues and choice points for improving the quality of action research. *In* Minkler M, Wallerstein N (Eds.) *Community-Based Participatory Research: From Process to Outcomes*. 2nd Ed. (pp. 225-239). San Francisco: Jossey-Bass; 2008. ISBN: 978-0-4702-6043-2.
- Brenner M. *Mental illness and the economy*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1974.
- Brevik J, Dalgard O. *The Health Profile Inventory*. Oslo; 1996.
- Briner R, Reynolds S. The costs, benefits and limitations of organizational level stress interventions. *Journal of Organizational Behaviour*. 1999; 20(5): 647-664.
- Brockerhoff M. An urbanizing world. *Population Bulletin*. 2000; 55(3): 3-4.
- Bronfenbrenner U. Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*. 1986; Vol. 22, nº. 6: 723-742.
- Brown L, Vega W. A protocol for community-based research. *In* Minkler M, Wallerstein N. (Eds.) *Community-Based Participatory Research: From Process to Outcomes*. 2 ed. (pp. 395-398). San Francisco: Jossey-Bass; 2008. ISBN: 978-0-4702-6043-2.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Buzeti T, Zakotnik J. Investment for Health and Development in Slovenia: Programme MURA. Murska Sobota: Centre for Health and Development; 2008. ISBN: 978-9612-91730-2-2.
- Cabezudo A. Cidade Educadora: uma proposta para os governos locais. Cidade Educadora: Princípios e Experiências. Buenos Aires: Cortez/Instituto Paulo Freire; 2004.
- Caldas de Almeida J. Apresentação preliminar dos resultados do estudo epidemiológico nacional de Saúde Mental. Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa, 23 de março de 2010.
- Câmara Municipal do Seixal; 2009. Disponível em www.cm-seixal.pt [citado em 8 de outubro de 2009].
- Campbell F. The social determinants of health and the role of local government. London: IDeA; 2010. ISBN: 978-0-7488-9079-8.
- Cappo D. Social inclusion initiative: Social inclusion, participation and empowerment. Address to Australian Council of Social Services National Congress 28-29 November, 2002, Hobart.
- Care Services Improvement Partnership. Mental Well-being Impact Assessment: A Toolkit 'A Living and Working Document'. Cheshire: Care Services Improvement Partnership; 2007.
- Carsten J, Spangenberg J. Major depression. A breakdown in sense of coherence? Psychological Reports. 1997; 80(3): 1211-1220.
- Carvalho J. Metodologia do Trabalho Científico: “saber-fazer” da Investigação para dissertações e Teses. 2ª ed. Lisboa: Escolar Editora; 2009. ISBN: 978-972-592-244-6.
- Cashman S, Adeky S, Allen A, Corburn J, Israel B, Montano J. [et al]. The power and the promise: working with communities to analyse data, interpret findings, and get to outcomes. American Journal of Public Health. 2008; 98: 1407–1417.
- Catalano R, Dooley D, Jackson R. Economic predictors of admissions to mental health facilities in a nonmetropolitan community. Journal of Health and Social Behaviour. 1981; 22: 284–297.
- Cattaneo A. [et al]. Overweight and Obesity in Infants and Pre-School Children in the European Union: A Review of Existing Data. International Association for the Study of Obesity. Obesity Reviews; 2009.
- Caughy M, O'campo P, Muntaner C. When being alone might be better: neighbourhood poverty, social capital, and child mental health. Social Science & Medicine. 2003; 57: 227-237.
- Centre for Mental Health. The economic and social costs of mental health problems in 2009/10. London: Centre for Mental Health; 2010.
- CEROI (Cities Environment Report on the Internet); 2004. Disponível em www.ceroi.net [citado a 5 janeiro de 2010].
- Charenzowski L, Sand E. Environnement Urbain et Santé Mentale : Problème d'évaluation. Archives Belges de Médecine Sociale, Hygiène, Médecine du Travail et Médecine légale. 1981 ; 39 année, nº 5: 292-300.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Charles C. Introduction to educational research. New York: Longman; 1998.
- Chen K, Snyder M, Krichbaum K. Tai chi and well-being of Taiwanese community-dwelling elders. *Clinical Gerontologist*. 2001; 24(3-4): 137-156.
- Chevalier A, Feinstein L. Sheepskin or Prozac: the causal effect of education on mental health. CEEDP, 71. London, UK: Centre for the Economics of Education, London School of Economics and Political Science; 2006.
- Chou C, Montgomery S, Pentz M, Rohrbach L, Johnson C, Flay B, Mackinnon D. Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*. 1998; 88: 944-948.
- Coatsworth J, Pantin H, Szapocznik J. Familias unidas: a family-centered ecodevelopmental intervention to reduce risk for problem behaviour among Hispanic adolescents. *Clinical child and family psychology review*. 2002; vol. 5, nº 2: 113-132.
- Cohen M. Preventing sexual transmission of HIV—new ideas from sub-Saharan Africa. *New English Journal of Medicine*. 2000; 342: 970-972.
- Cohen S, Syme S (Eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press; 1985.
- Cohen S, Wills T. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985; 98: 310–357.
- Cohen S, Underwood L, Gottlieb B. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press; 2000.
- Comissão das Comunidades Europeias. *Livro verde: viver e trabalhar na sociedade da informação - Prioridade à dimensão humana*. Bruxelas: Comissão Das Comunidades Europeias; 1996.
- Comissão das Comunidades Europeias. *Livro branco: Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias; 2007.
- Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde. *A rede Nacional de escolas promotoras de Saúde*. Mem-Martins: Editorial do Ministério da Educação; 2001. ISBN: 972-783-061-7.
- Commission of the European Communities; National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). *Establishment of a Set of Mental Health Indicators for European Union: Final Report. Based on the Agreement No SOC 98 201412 05F03 (98CVVF3-509-0) between the Commission of the European Communities and the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES)*; 2001.
- Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Social Science & Medicine*. 1995; 41: 1667-1676.
- Corrigan P, Watson A. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science & Practice*. 2002; 9: 35–53.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Corrigan P. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive & Behavioural Practice*. 1998; 5: 201–222.
- Council of Europe. Report of the High Level Task Force on Social Cohesion in the 21st century; 2008.
- Coutinho C. Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática, 2 ed. Coimbra: Almedina; 2011. ISBN: 978-972-40-4487-3.
- Cunha N. (Ed.) Europa: Globalização e Multiculturalismo. V.N. Gaia: Editora Ausência; 2005. ISBN: 989-553-234-2.
- Dadds M. Fads, politics, and research: Keeping prevention on the mental health agenda. 2001; Prevention and Treatment, 4.
- Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up, Part 2. Copenhagen: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool World Health Organization Regional Office for Europe; 2006.
- Dalgard O, Tambs K. Urban Environment and Mental Health: A longitudinal Study. *The British Journal of Psychiatry*. 1997; Volume 171 (12): 530-536.
- Dawson A, Tylee A (eds). Depression: social and economic time bomb. World Health Organization. London: BMJ publishing Group; 2001. ISBN: 0-7279-1573-8.
- De Hollander A, Hoeymans N, Melse M, Van Oers J, Polder J (Executive Editors). Care for Health – The 2006 Dutch Public health Status and Forecast Report. RIVM Report number 270061003. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment; 2007. ISBN: 9789031351275.
- Dean A, Lin N. The stress buffering role of social support. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 1977; 165: 403–417.
- Dempsey C, Battel-Kirk B, Barry M. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE); 2011.
- Department of the Environment, Transport and Regions (DETR). Power to Promote or Improve Economic, Social or Environmental Well-being. London: Crown; 2001.
- Derogatis L, Lipman R, Rickels K, Uhlenhuth R, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioural Science*. 1974; Volume 19, Issue 1: 1–15.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World mental health: Problems and priorities in low income countries. London: Oxford University Press; 1995.
- Deuster P. Exercise in the prevention and treatment of chronic disorders. *Women's health issues*. 1996; 6 (6): 320-331.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Diez-Roux A. Multilevel analysis in public health research. *Annual Review of Public Health*. 2000; 21: 171-192.
- Dilorenzo T, Bargman E, Stucky-Ropp R, Brassington G, Frensch P, Lafontaine T. Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*. 1999; 28: 75-85.
- Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo (2010) – disponível em www.drelvt.min-edu.pt [citado em 7 abril de 2010].
- Downie R, Fyfe C, Tannahill A. *Health promotion: Models and values*. Oxford: Oxford University Press; 1990. ISBN: 0-19-261739-7.
- Duhl L, Sanchez A. *Healthy cities and the city planning process. A background document on link between health and urban planning*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999.
- Dunnett N, Swanwick C, Woolley H. *Improving urban parks, play areas and greenspaces*. London: Office of the Deputy Prime minister, Contract report; 2002.
- Durkeim E. *O Suicídio: Estudo Sociológico*. 7 ed. Tradução de Luz Carry, Margarida Garrido e J. Vasconcelos Esteves. Lisboa: Editorial Presença; 2001.
- Durlak J, Wells A. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta analytic-review. *American Journal of Community Psychology*. 1997; 25(2): 115-151.
- Eaton W, Mutaner C, Sapag J. (2010) - Socioeconomic Stratification and Mental Disorder. In Scheid T, Brown T (eds). *Handbook for the Study of Mental Health: Social Contacts, Theories, and Systems*. 2 ed (p. 226-255). New York: Cambridge University Press; 2010.
- Eaton W, Harrison G. Epidemiology and social aspects of the human environment. *Current Opinion in Psychiatry*. 1998; 11: 165–168.
- EC, Directorate General Environment. *The law of sustainable development: General principles*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
- Edwards G, Anderson P, Babor T, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht [et al]. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Ellis S, Grey A. *Prevention of Sexually Transmitted Infections (STIs): A Review of Reviews into the Effectiveness of Non-clinical Interventions*. Yorkshire: Health Development Agency; 2004. ISBN: 1-84279-190-7
- Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale: a Systematic Review. *Journal of Epidemiological Community Health*. 2005; 59: 460-466.
- Eriksson M, Lindström B. (2006) - Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2006; 60(5): 376–381.
- Esteve J. *De la planificación a la gestión estratégica de las ciudades. Elements de Debat Territorial*. Barcelona: Diputación Barcelona; 2001.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Esteve J. Governança democrática: construção coletiva do desenvolvimento das cidades. Tradução de João Carlos Vítor Garcia. Belo Horizonte: editora UFJF; 2009.
- Etches V, Frank J, Di Ruggiero E, Manuel D. Measuring population health: a review of indicators. *Annual Review of Public Health*. 2006; 27: 29-55.
- European Communities Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate-General; 2005.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Evaluating Drug Prevention in the European Union. EMCDDA Scientific Monograph Series, nº 2. Office for Official Publications of the European Communities: Luxembourg; s/d. ISBN: 92-9168-050-8
- Evans R, Stoddart G. Producing health, consuming health care. *Social Science Medicine*. 1990; 31(12): 1347-63.
- Federal Centre for Health Education. What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. Volume 4. Koln: FCHE; 1999. ISBN: 3-933191-10-6.
- Fernandes A. Questões demográficas: Demografia e Sociologia da População. Lisboa: Edições Colibri/Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa; 2008. ISBN: 978-972-772-825-1.
- Ferrie J. Commentary: Do social programmes contribute to mental well-being? The long term impact of unemployment on depression in de US. *Internacional journal of Epidemiology*. 2001; 30: 170-172.
- Figueras P. Documentos Finales – Primer Congreso Internacional de Ciudades Educadoras. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona; 1991.
- Figueras P. Une Ville Éducatrice. *Revue Diversité*. 2006; 145.
- Figueras P. Ciudades Educadoras, una apuesta de futuro. *In Educación y Vida Urbana: 20 años de ciudades educadoras* (pp.18-23). Barcelona: Edición da Asociación Internacional de Ciudades Educadoras e editora Santillana; 2008.
- Fitoussi J. O Debate-Tabu: Moeda, Europa, Pobreza. Lisboa: Terramar, Editores, Distribuidores e Livreiros; 1997. ISBN: 972-710-148-8.
- Flannery R.jr, Perry J; Penk W, Flannery G. Validating Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1994; 50(4): 575-577.
- Fletcher A, Breeze E, Walters R. The Ageing Issue. *In The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe* (pp. 12-28). International Union for Health Promotion and Education, IUHPE, Paris: Jouve Composition & Impression; 1999.
- Flisher A, Reddy P. Towards health promoting schools in South Africa. *South African Medical Journal*. 1995; 85: 629-630.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009. ISBN: 9789898075185.
- Fortuna C. Culturas urbanas e espaços públicos: Sobre as cidades e a emergência de um novo paradigma sociológico. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2002; 63: 123-148.
- Foster-Fishman P, Salem D, Allen N, Fahrbach K. Facilitating interorganizational collaboration: The contributions of interorganizational alliances. *American Journal of Community Psychology*. 2001; 29(6): 875-905.
- Fox K. The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*. 1999; 2(3a): pp. 411–418.
- Freudenberg, N. Health promotion in the city: a review of current practice and future prospects in the United States. *Annual Review of Public Health*. 2000; 21: 473-503.
- Freudenberg N, Klitzman S, Saegert S. (eds). *Urban Health and Society: Interdisciplinary approaches to research and practice*. San Francisco: John Wiley & Sons; 2009. ISBN: 978-0-470-38366-7.
- Frewen N, Datta A. *The Socio-Economic Realities of Mental Health in Ireland*. TASK Thinkpieces; 2010.
- Friedli L. Editorial. *Journal of Mental Health Promotion*. 2002; 1(2).
- Gabriel P, Liimatainen R. *A saúde mental no trabalho*. Genebra: Organização Internacional do Trabalho; 2000.
- Galea S, Vlahov D. Urban health: evidence, challenges, and directions. *Annual Review of Public Health*. 2005; 26: 341-365.
- George A, Bennet A. *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge: The MIT Press; 2005.
- Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Sciences & Medicine*. 1997; 44(12): 1771-1779
- Ghassemi M. *Development of Pan-Canadian Discipline-Specific Competencies for Health Promoters – Summary Report Consultation Results*. Ontario: Health Promotion Ontario; 2009.
- Giddens A. *A Europa na Era Global*. Tradução de Alberto Gomes. Lisboa Editorial: Presença; 2007. ISBN: 978-972-23-3840-0.
- Ginot L, Ait-Bouali N, Besse M, Chevalier P, Goldberg F, Buisson J. Health and Violence as perceived by Young People, a Study of the Parisian Region. *Santé Publique*. 1997; 9 (4): 379-96.
- Glaeser E, Ponzetto G. *Cities, Skills, and Regional Change*. Harvard: Harvard University; 2011.
- Gochfeld M, Goldstein B. Lessons in environmental health in the twentieth century. *Annual Review of Public Health*. 1999; 20: 35-53.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Goldberg D. Prevention of mental illness. *In* Jenkins R, Ustun, T. (Eds.). Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care (pp. 141-154). Chichester: John Wiley; 1998.
- Gomes J. Desemprego, depressão e sentido de coerência: Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2003.
- Gomes J. Saúde mental no ciclo vital. *In* Sequeira C, Sá L. (eds.). Do diagnóstico á Intervenção em Saúde Mental. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; 2010. ISBN: 978-989-96144-2-0.
- Gomes J, Cravo L, Gaspar P. (2010) - Projeto "Pensar saudável, Viver Saudável": uma (boa) prática de educação para a saúde baseada na formação pelos pares. *In* Pereira H [et al] (eds.). Educação para Saúde, Cidadania e desenvolvimento sustentado. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2010. ISBN: 978-989-96996-0-1.
- Good Neighbour Scheme Suffolk ACRE; 2008. Disponível em www.suffolkacre.org.uk [citado em Setembro de 2008].
- Goodstadt M, Hyndman B, Mcqueen D, Potvin L, Rootman I, Springett J. Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. *In* ROOTMAN I [et al] (eds.). Evaluation in health promotion: principles and perspectives (pp. 517-533). Copenhagen: WHO Europe; 2001.
- Gorjão-Henriques M. (ed). Tratado de Lisboa. 3 ed. Coimbra: Almedina; 2011. ISBN: 978-972-40-4475-0.
- Gottlieb B. Social networks and social support. Beverly Hills, CA: Sage; 1981.
- Gouveia M, Faria A. (1996) – Dia Mundial da Saúde – Cidades Saudáveis: Uma Concretização da Nova Política. *Revista Portuguesa de saúde pública*. 1996; 14 (1).
- Green J. (2008) - Health education: the case for rehabilitation. *Critical Public Health*. 2008; 18(4): 447-456.
- Green L, Kreuter M. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 2nd ed. Mountain View: Mayfield; 1991.
- Green L, Kreuter M. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. New York: McGraw-Hill; 2005.
- Greenberg M, Domitrovich C, Bumbarger B. The prevention of mental disorders in school aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*. 2001; 4(1).
- Greene W, Simons-Morton B. Educación para la salud. México: Interamericana; 1988. ISBN: 968-25-1326-X.
- Greenland S, Morgenstern H. Confounding in health research. *Annual Review of Public Health*. 2001; 22: 189-212.
- Greseng C, Sturm R, Tang L. Income and Mental Health: Unraveling Community and Individual Level Relationships. *The Journal of mental Health Policy and Economics*. 2001; 4: 197-203.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Grzywacz J, Almeida D, Neupert S, Ettner S. Socioeconomic Status and Health: A Micro-level Analysis of Exposure and Vulnerability to Daily Stressors. *Journal of Health and Social Behaviour*. 2004; 45: 1-16.
- Hall B. From margins to centre: the development and purpose of participatory action research. *American sociologist*. 1992; 23 (4): 15-28.
- Hamilton N, Bhatti T. Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion, Working Paper. Ontario: Health Canada, Health Promotion and Development Division; 1996.
- Handy S, Boarnet M, Ewing R, Killingsworth R. How the Built Environment Affects Physical Activity: Views from Urban Planning. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002; 23(2S): 64 –73.
- Harbers M, Van Der Wilk E, Kramers P, Kuunders M, Verschuuren M, Eliyahu H, Achterberg P. Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment; 2008. ISBN: 9789031361854.
- Harnois G, Gabriel P. Mental health and work: Impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization & International Labour Organisation; 2000.
- Harpham T, Grant E, Rodriguez C. Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science & Medicine*. 2004; 58: 2267-2277.
- Hart D, Atkins R, Matsuba M. The association of neighbourhood poverty with personality change in childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2008; 94: 1048–1061.
- Hartig T, Evans G, Jamner L, Davis D, Gärling T. Tracking restoration in natural and urban field settings. *Journal of Environmental Psychology*. 2003; 23: 109-123.
- Harvey L. Analytic Quality Glossary, Quality Research International. Originally prepared for the International Network of Quality Assurance Agencies in Higher Education (INQAAHE) and the EAIR Special Interest Group on Quality by Professor Lee Harvey, Quality Research International, November 2004–February 2009 [Citado em Junho 2010]. Disponível em: www.qualityresearchinternational.com/glossary/
- Hawe P, Noort M, King L, Jordens C. Multiplying health gains: the critical role of capacity building within health promotion. *Health Policy*. 1997; 39: 29-42.
- Hawkins D, Arthur M, Olson J. Community interventions to reduce risks and enhance protection against antisocial behaviour. In STOFF, D.; BREILING, J.; MASERS, J. (Eds.). *Handbook of antisocial behaviour* (pp. 365-374). NIMH/John Wiley; 1997.
- Hawkins J, Catalano R, Arthur M. Promoting Science-Based Prevention in Communities. *Addictive Behaviours*. 2002; 27: 951-976.
- Health Cluster Net; 2009. Disponível em: www.healthclusternet.eu [citado em 3 de novembro de 2009].

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Health Education Authority. Mental Health Promotion. A quality framework. London: Health Education Authority; 1997.
- Health Education Authority. Transport and Health: A briefing for Health Professionals and Local Authorities. London: Health Education Authority; 1998. ISBN: 0-7521-1407-7.
- Health Education Authority. Making it happen: a guide to delivering mental health promotion. London: UK Department of Health; 2001.
- Heckathorn D. Respondent-Driven Sampling II: Deriving Valid Estimates from Chain-Referral Samples of Hidden Populations. *Social Problems*. 2002; 49: 11-34.
- Henriques, F. O Louco e os outros. Vila Velha de Ródão: Associação de Estudos do Alto Tejo - Núcleo Regional de Investigação Arqueológica; 1998.
- Herrman H. The need for mental health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001; 35(6): 709–715.
- Herman H, Jané-Llopis E. Mental health promotion in public health. *Promotion & Education*. 2005; 12: 42.
- Herman H, Jané-Llopis E. Mental health promotion in public health. *Promotion & Education*. 2005; Suppl. 2: 42-47.
- Hill M, Hill A. Investigação por questionário. 1 ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2000. ISBN: 972-618-233-9.
- Hillsdon M, Foster C, Naidoo B, Crombie H. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews. Yorkshire: Health Development Agency; 2004. ISBN: 1-84279-192-3.
- Hoghugh M, Speight A. Good enough parenting for all children--a strategy for a healthier society. *Archives of Disease in Childhood*. 1988; 78(4): 293–296.
- Horwitz A. The economy and social pathology. *Annual Review of Sociology*. 1984; 10: 95–119.
- Horwitz A. An overview of sociological perspectives on the definitions, causes, and responses to mental health and illness. *In* Scheid T, Brown T (eds). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. 2 ed. New York: Cambridge University Press; 2010.
- Horwitz A, Scheid T. (Eds). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories and Systems*. 2 ed. Cambridge: Cambridge University press; 2010.
- Hosman C. Evidence of effectiveness in mental health promotion. *In* Proceeding of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion. Ministry of Social Affairs and Health (Report 3); 2001.
- Hosman C, Engels C. The value of model programs in mental health promotion and mental disorder prevention. *International Journal of Mental Health Promotion*. 1999; 1: 4-14.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Huber M, Knottnerus J, Green L, Van Der Horst H, Jadad A, Kromhout D, Leonard B [et al]. How should we define health? *British Medical Journal*. 2011; 343.
- Hunt R, Falce C, Crombie H. *Health Update: Environment and Health: Air Pollution*. London: Health Education Authority; 2000. ISBN: 0-7521-1868-4.
- Ing J, Reutter L. Socioeconomic status, sense of coherence and health in Canadian women. *Canadian Journal of Public Health*. 2003; 94(3): 224-8.
- Innerarity D. *O novo espaço público*. Lisboa: Teorema; 2006. ISBN 978-972-695-906-9.
- Instituto Geográfico Português. *Atlas de Portugal*; 2010. Disponível em www.igeo.pt [citado em janeiro de 2010].
- Instituto Nacional De Estatística. *Censos 2001: resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2001. ISBN: 972-673-610-2.
- Instituto Nacional De Estatística. *Movimentos Pendulares e Organização do Território Metropolitano: Área Metropolitana de Lisboa e Área Metropolitana do Porto, 1991-2001. Destaque, informação à comunicação social*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística; 2003.
- Instituto Nacional De Estatística. *Estimativas Provisórias de População Residente - Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios – 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2009.
- Instituto Nacional De Estatística. *Censos 2011: resultados provisórios*; 2011. Disponível em www.ine.pt/scripts/flex_provisorios/Main.html [citado em 4 dezembro 2011].
- Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009. ISBN 978-972-673-845-8.
- International Labour Organization. *Mental health in the workplace*. Genebra: International Labour Organization; 2000. ISBN: 92-2-112223-9.
- International Union for Health Promotion and Education. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping public health in a new Europe. A Report for the European Commission*. International Union for Health Promotion and Education, IUHPE. Paris: Jouve Composition & Impression; 1999.
- Israel B, Eng E, Shultz A, Parker E. *Methods in community-based participatory research for health*. San Francisco: Jossey-Bass; 2005.
- Israel B, Schulz A, Parker E, Becker A, Allen Iii A, Guzman R. Critical issues in developing and following CBPR principles. In Minkler M, Wallerstein N. (Eds) – *Community-Based Participatory Research: From Process to Outcomes*. 2 ed. (pp. 47-62). San Francisco: Jossey-Bass; 2008. ISBN: 978-0-4702-6043-2.
- Isreal B. Community-Based Participatory Research: Principles, Rationale and Policy Recommendations. In O'fallon L, Tyson F, Dearry A. (eds). *Successful Models of Community-Based Participatory Research* (pp. 16-22). Washington, DC: National Institutes of health; 2000.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Jané-Llopis E. What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes [dissertation]. Nijmegen: University of Nijmegen; 2002.
- Jané-Llopis E, Anderson P. European action plan on mental health promotion and mental disorder prevention (on behalf of IMHPA); 2005. Disponível em <http://imhpa.net/actionplan>
- Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005.
- Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. What works in mental health promotion. *Promotion & Education*. 2005; Suppl. 2: 9-25.
- Jané-Llopis E, Barry M. What makes mental health promotion effective? *Promotion & Education*. 2005; 12: 47.
- Jané-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2003; 183: 384-397.
- Jané-Llopis E, Saxena S, Hosman C. Next generation of preventive interventions: Need for a global perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*. 2004; 1: 5-6.
- Jee S, Davis M. (2004) - Factors associated with variations in parental support in primary care pediatric settings. *Ambulatory Pediatrics*. 2004; 4(49): 316-322.
- Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzerjenkins H. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001; 103: 2-14.
- Jones L, Koegel P, Wells K. Bringing experimental design to community-based participatory research. In Minkler M, Wallerstein N. (Eds). *Community-Based Participatory Research: From Process to Outcomes*. 2 ed. (pp. 395-398). San Francisco: Jossey-Bass; 2008. ISBN: 978-0-4702-6043-2.
- Kahan B, Goodstadt M. The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion. *Health Promotion Practice*. 2001; 2(1): 43-67.
- Kaplan H, Sadock B, Greb J. *Synopsis of Psychiatry*, 7 ed. Baltimore: William & Wilkins; 1994. ISBN: 0-683-04530-X.
- Kawachi I, Berkman L. Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*. 2001; 78(3): 458-467.
- Keleher H, Murphy B. *Understanding health: a determinants approach*. Oxford, England: Oxford University Press; 2004.
- Kelly M, Dunstan F, Lloyd K, Fone D. Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods. *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 10.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Kennedy J, Giuffra L, Moises H, Cavalli-Sforza L, Pakstis A, Kidd J [et al]. Evidence against linkage of schizophrenia to markers on chromosome 5 in a northern Swedish pedigree. *Nature*. 1988; 336: 167–170.
- Kessler R, McLeod J, Wethington E. The costs of caring: A perspective on the relationship between sex and psychological distress. *In* Sarason I, Sarason B. (Eds). *Social support: Theory, research and application* (pp. 491–506). Dordrecht: Martinus Nijhoff; 1985.
- Keyl P, Eaton W. Risk factors for the onset of panic attacks and panic disorder. *American Journal of Epidemiology*. 1990; 131: 301–311.
- Kim H, McKenry P. The relationship between marriage and psychological wellbeing: A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues*. 2002; 23(8): 885–911.
- Kiselica M. Overcoming barriers to the practice of primary prevention: an agenda for the mental health professionals. *Prevention & Treatment*. 2001; 4.
- Kivimaki M [et al]. Sense of coherence as a mediator between hostility and health: seven-year prospective study on female employees. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 52(4): 239-247.
- Kivimaky M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi J. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Sciences & Medicine*. 2000; 50(4): 583-597.
- Kobau R, Safran M, Zack M, Moriaty D, Chapman D. Sad, Blue, or Depressed days, Health Behaviors and Health-Related Quality of life, behavioural Risk Factor Surveillance System, 1995-2000. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004; 2: 40. ISSN: 1477-7525.
- Kopp M, Skrabski A, Szedmak S. Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science & Medicine*. 2000; 51(9): 1352-1361.
- Koretz D, Moscicki E. An ounce of prevention research: what is it worth? *American Journal of Community Psychology*. 1997; 25: 189-195.
- Korkeila J. *Measuring Aspects of Mental Health*. Themes 6/2000. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health; 2000.
- Korkeila J, Letinen V, Bijl R, Dalgard O, Kovess V, Morgan A, Salize H. Establishing a Set of Mental Indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003; 31 (6): 451-9.
- Kreitman N. (1990) - Research issues in the epidemiological and public health aspects of parasuicide and suicide. *In* Goldberg D, Tantam D. (Eds.). *The public health impact of mental disorders*. Toronto: Hogrefe and Huber; 1990.
- Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and the risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2003; 57:147–53.
- Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J (eds). *Framework for Promoting Mental Health in Europe*. Helsinki: STAKES; 1999.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Lamb K, Lee G, Demaris A. Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and Family*. 2003; 65: 953–962.
- Latorre A. *La investigación-acción*. Barcelo: Graó; 2003.
- Latorre A, Del Rincon D, Arnal J. *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Hurtado ediciones; 1996.
- Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V. (eds). *Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL project*. Helsinki: STAKES; 2006.
- Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. (eds). *Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion*. Ministry of Social Affairs and Health, Reports 2001:3. Helsinki; 1994.
- Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V. (Eds.). *Public Health Approach on Mental Health in Europe*. Helsinki: STAKES; 2000. ISBN: 951-33-1080-9.
- Lee P, Paxman D. Reinventing public health. *Annual Review of Public Health*. 1997; 18: 1-35.
- Leef J (ed). *Cuidados na Comunidade: Ilusão ou Realidade?* Tradução de José Nunes de Almeida. Lisboa: Climepsi Editores; 2000. ISBN: 972-8449-47-X.
- Lehtinen V, Ozamiz A, Underwood L, Weiss M. The intrinsic value of mental health. *In* Herrman H, Saxena S, Moodie R (eds). *Promoting mental health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E. *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health; 1997.
- Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2005; 1: 9.
- Letcher A, Perlow K. Community-Based Participatory Research Shows How a Community Initiative Creates Networks to Improve Well-Being. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009; 37(651).
- Lehtinen V. (ed). *Building up good mental health*. Integrado no MMHE Project, co-financiado pela União Europeia. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health; 2008. ISBN: 978-951-33-2248-9.
- Lewis C. Using the "Thinking Aloud" Method in Cognitive Interface Design (Technical report). IBM: RC-9265; 1982.
- Lima M. *Amora: Memória e Vivências de Outrora*. Lisboa: Plátano Editora; 2006. ISBN: 972-770-507-3.
- Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001; 27: 363–385.
- Link B. Mental patient status, work and income: An examination of the effects of a psychiatric label. *American Sociological Review*. 1982; 47: 202–215.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Link B, Cullen F, Struening E, Shrout P, Dohrenwend B. A modified labelling theory approach in the area of the mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*. 1989; 54: 400–423.
- Link B, Struening E, Rahav M, Phelan J, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health & Social Behavior*. 1997; 38: 177–190.
- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S, Sowden A. Health promoting schools and health promotion in schools: Two systematic reviews. *Health Technology Assessment*. 1999; 3(22).
- Lochman J. Issues in prevention with school aged children: On-going intervention refinement, developmental theory, prediction and moderation, and implementation and dissemination. *Prevention & Treatment*. 2001; 4: np.
- Loureiro I, Miranda N. *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina; 2010. ISBN: 978-972-40-4399-9.
- Loureiro I. (2008) – O Processo de Aprendizagem em Promoção da Saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 2008; 42(1): 65-89.
- Loureiro I, Gomes J, Dias L, Santos M. A Investigação participada de base comunitária na construção da saúde. Projeto de capacitação em promoção da saúde – PROCAPS: resultados de um estudo exploratório. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde doutor Ricardo Jorge, IP; 2011. ISBN: 978-972-8643-56-0
- Maas J, Verheij R, Groenewegen P, De Vries S, Spreeuwenberg P. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2006; 60: 587-592.
- Machado J. (2005) - Cidade Educadora e Coordenação Local da Educação. *In* Formosinho J, Machado J, Fernandes A, Amaral F. - *Administração da Educação* (eds.). Lógicas Burocráticas e Lógicas de Mediação (pp. 225-264). Porto: Edições Asa; 2005.
- Mackenbach J, Bakker M. *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London and New York: Routledge; 2002.
- MacMillan J, SCHUMACHER S. *Research in education: a conceptual introduction*. New York: Longman; 1997.
- Mair J, Mair M. Violence prevention and control through environmental modifications. *Annual Review of Public Health*. 2003; 24: 209-225.
- Manson S. One small step for science, one giant leap for prevention. *American Journal of Community Psychology*. 1997; 25: 215-219.
- Marks N, Lambert J. Marital status continuity and change among young and mid-life adults: Longitudinal effects on psychological well-being. *Journal of Family Issues*. 1988; 19(6): 652–686.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005; 365: 1099–104.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Marmot M [et al] (eds). Fair society, healthy lives. UK: The Marmot review; 2010. ISBN: 978-0-9564870-0-1.
- Marmot M, Wilkinson R (Eds). The social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. Laboratório de Psicologia. 2006; 4(1): 65-90.
- Mather A, Rodriguez C, Guthrie M, McHarg A, Reid I, McMurdo M. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2002; 180(5): 411-415.
- McKay C, Johnsen M, Stein R. Employment outcome in Massachusetts clubhouses. Psychiatry Rehabilitation Journal. 2005; 29: 25-33.
- McKee M, Ryan J. Monitoring Health in Europe: Opportunities, Challenges, and Progress. European Journal of Public Health. 2003; 13(3): 1-4.
- McSherry W, Holm J. Sense of coherence: its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. Journal of Clinical Psychology. 1994; 50(4): 476-487.
- Meadows D. Thinking in systems: a primer. White River Junction: Chelsea Green Publishing; 2008.
- Menard S. Applied logistic regression analysis, 2 ed. London: Sage publications; 2002. ISBN: 0-7019-2208-3.
- Mental Health Europe. Mental Health Promotion for Children up to 6 Years. Brussels: Mental Health Europe; 1999.
- Mental Health Europe. Mental Health Promotion of Adolescents and Young People. Brussels: Mental Health Europe; 2000.
- Mentality. Making it effective: A guide to evidence based mental health promotion. Radical mentalities [briefing paper 1]. London: Menticity; 2003.
- Meresman S, Colomer C, Barry M, Davies J, Lindstrom S, Loureiro I, Mittelmark M. Review of Professional Competencies in Health Promotion: European Perspectives. International Journal of Health Promotion and Education. 2004; 21(2): 153-9.
- Meyrick J, Swann C. Reducing the Rate of Teenage Conception: An Overview of the Effectiveness of Interventions and Programmes Aimed at reducing Unintended Conceptions in Young People. London: Health Education Authority; 1998. ISBN: 0-7521-1437-9
- Miech R, Eaton W, Brennan K. Mental health disparities across education and sex: A prospective analysis examining how they persist over the life course. Journal of Gerontology: Social Sciences. 2005; 60B: S93-S98.
- Millward L, Morgan A, Kelly M. Prevention and Reduction of Accidental Injury in Children and Older People. Yorkshire: Health Development Agency; 2003. ISBN: 1-84279-186-9.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Milstein B. Hygeia's constellation: navigating health futures in a dynamic and democratic world. Atlanta: Syndemics Prevention Network, Centers for Disease Control and Prevention; 2008.
- MIND. Older people and mental health; 2008. Disponível em www.mind.org.uk [citado a 3 abril 2009].
- Minkler M, Baden A. Impacts of CBRP on academic researchers, research quality and methodology, and power relations. In Minkler M, Wallerstein N (Eds). Community-Based Participatory Research: From Process to Outcomes. 2 ed. (pp. 243-258). San Francisco: Jossey-Bass; 2008. ISBN: 978-0-4702-6043-2.
- Minkler M, Wallerstein N (Eds). Community-Based Participatory Research: From Process to Outcomes. 2 ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. ISBN: 978-0-4702-6043-2.
- Montgomery S, Cook D, Bartley M, Wadsworth M. Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. International journal of Epidemiology. 1999; 28(1): 95-100
- Moodie R, Jenkins R. I'm from the government and you want me to invest in mental health promotion. Well why should I? Promotion & Education. 2005; Suppl. 2: 37-41.
- Mrazek P, Hall M. A policy perspective on prevention. American Journal of Community Psychology. 1997; 25: 221-226.
- Mrazek P, Haggerty R. (Eds). Reducing risks of mental disorder: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press; 1994.
- Mullen B, Salas E, Driskell J. Salience, motivation, and artefact as contributions to the relation between participation rate and leadership. Journal of Experimental Social Psychology. 1989; 25: 545-559.
- Mulvihill C, Quigley R. The management of obesity and overweight: an analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. Health Development Agency: Yorkshire; 2004. ISBN: 1-84279-197-4
- Naidoo B. Smoking and public health: a review of reviews of interventions to increase smoking cessation, reduce smoking initiation and prevent further uptake of smoking. Health Development Agency: Yorkshire; 2004. ISBN: 1-84279-189-3
- National Public Health Performance Standards Program Centres for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, Georgia, USA; 2010. [Citado em Junho 2010]. Disponível em www.cdc.gov/od/ocphp/nphpsp/PDF/Glossary.pdf
- Nicolaidis C, Raymaker D, McDonald K, Dern S, Ashkenazy E, Boisclair W, Robertson S, Baggs A. Collaboration strategies in non-traditional CBPR partnerships: Lessons from an academic-community partnership with autistic self-advocates. Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action. 2011; 5(2): 143-150.
- Nilsson B, Holmgren L, Westman G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: gender and psychosocial differences. Scandinavian Journal of Primary Health care. 2000; 18(1): 14-20.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

Novo M. Unemployment and mental health in Galicia, Spain. *Internacional Archives of Occupational and Environment Health*. 1999; 72: 14-15

Nunes L. Índice socioeconómico; 2008. Disponível em http://www.tabagismo.info/images/stories/formacao/GYTS/questionario_final_ses_pt.pdf [citado a 12 dezembro 2009]

Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organisation; 1986. Disponível em www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en.

Organization for Economic Co-operation and development. Society at a Glance 2011 - OECD Social Indicators; 2011. Disponível em www.oecd.org/els/social/indicators/SAG.

Office for National Statistics. General household survey. London: The Stationery Office; 2001.

Olds D. The prenatal/early infancy project: Fifteen years later. *In* Albee G, Gullotta T (Eds). *Primary prevention works* (pp 41-67). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1997.

Ontario Healthy Communities Coalition. 2008. Disponível em www.ohcc-ccso.ca [citado a 2 novembro 2008].

Orley J, Weisen R. Mental health promotion. *The International Journal of Mental Health Promotion*. 1998; 1: 1-4.

Osler K [et al]. Influence of socio-economic deprivation on the prevalence of depression in primary care. *The British journal of Psychiatry*. 2001; 178: 12-17.

OZAMIZ J. Oral communication. Bilbao: Monitoring Mental Health Environments project; 2008.

Ozamiz J, Aguirregabiria A, Loureiro I, Harris R, Nichols J, Ortiz A, Huemme E, Luetjen R, Gomes J, Hulls S, Schneider J. Structural indicators of positive mental health. *In* Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V. (Eds). *Improving Mental Health Information in Europe: Proposal of the MINDFUL project*. EU, Helsinki: MINDFUL, STAKES; 2006. ISBN:978-951-33-1913-7.

Ozamiz J, Gumplmaier H, Lehtinen V. Unemployment and mental health. Bilbao: University of Deusto; 2001.

Groenewegen P. Morbidity is related to a green living environment. *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63: 967-973.

Pais Ribeiro J. Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2001; 2 (1): 77-99.

Pais Ribeiro J. O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme; 2005.

Pais Ribeiro J. Avaliação em Psicologia da saúde: Instrumentos Publicados em Português. Coimbra: Quarteto; 2007. ISBN: 978-989-558-087-3.

Pais Ribeiro J. Metodologia de investigação em psicologia e saúde. 2.^a ed. Porto: Livpsic; 2008. ISBN: 978-989-8148-16-2.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Parens H, Kramer S (Eds). Prevention in Mental Health. New Jersey: Jason Aronson Inc; 1993. ISBN: 1-56821-027-2.
- Parkinson J. Review of scales of positive mental health validated for use with adults in the UK: Technical Report. Glasgow: NHS Health Scotland; 2008.
- Pate R, Pratt M, Blair S, Haskell W, Macera C, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath G, King A [et al]. Physical activity and public health. Journal of the American Medical Association. 1995; 273: 402-407.
- Patel V. Poverty, gender and mental health promotion in a global society. Promotion & Education. 2005; Suppl. 2: 26-29.
- Patton G, Carlin J, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. Depression, anxiety and smoking initiation: A prospective study over 3 years. American Journal of Public Health. 1998; 88: 1518-1522.
- Perrucci C, Perrucci R. Unemployment and mental health: Research and policy implications. In Greenley J. (Ed). Research in community and mental health: Vol. 6 (pp. 237–264). Greenwich, CT: JAI Press; 1990.
- Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2 ed. Lisboa: Edições Silabo; 2000. ISBN: 972-618-220-4.
- Peterson G. Making Healthy Families. Grass Valley, CA: Shadow & Light Publications; 2000.
- Piccinelli M, Tessari E, Bortolomasi M, Piasere O, Semenzin M, Garzotto N. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. British Medical Journal. 1997; 314: 420-424.
- Polit D, Hungler B. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Portugal, Direção Geral da Saúde. Saúde na Comunidade: Guia orientador para Elaboração de Indicadores. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2003.
- Portugal, Ministério da Educação e Ministério da Saúde, Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde. A Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação; 2001.
- Portugal, Ministério da Saúde, Alto Comissariado Da Saúde, Coordenação Nacional Para A Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental; 2008.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral Da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004. ISBN: 972-675-109-8
- Pozo P. Gestión de las ciudades en la era de la información. Recensão Crítica do livro com o mesmo título, de Jordi Borga e Manuel Castells. Revista Finiserra. 1997; 64:129-130.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Prats J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano: Marco conceptual y analítico. *Instituciones y Desarrollo*. 2001; 10: 103-148.
- Price R. Understanding and improving the mental health of populations. *In* House J, Kahn R, Juster F, Schuman H, Singer E. (Eds). *Telescope on society: Survey research and social science at the University of Michigan and beyond*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press; 2003.
- Price R. Cultural collaboration for prevention and promotion: Implementing the JOBS program in China, California and Finland. pp. 121-126. *In* Berger E, Saunders, Goldstein I (eds). *US Department of Health and Human Services Developing partnerships: Science, policies and programs across cultures*; 2004.
- Puig T. la ciudad e las asociaciones. *Interacció '94*. Barcelona: Universitat d'Estiu de Política i Gestió Culturals. Àrea de Cultura i àrea d'Educació, Deputación de Barcelona; 1994.
- Putnam R. *Making democracy work: Civic tradition in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press; 1993.
- Rafferty Y, Friend R, Landsbergis P. The association between job skill discretion, decision authority and burnout. *Work & Stress*. 2001; 15(1): 73-85.
- Raphael D. The Question of Evidence in Health Promotion. *Health Promotion International*. 2000; 15 (4): 355-367.
- Raulin A. *Anthropologie Urbaine*. Paris: Armand Colin; 2004. ISBN: 2-200-26305-8.
- Read S, Rosemann J, Eldijk J. *Future City*. New York: Spon Press; 2005.
- Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. 2011. Disponível em www.redecidadessaudaveis.com/pt/ [citado a 12 janeiro 2011].
- Resnick M, Bearman P, Blum R [et al]. Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescents' health. *Journal of the American Medical Association*. 1997; 278(10): 823-832.
- Richter E, Berman T, Friedman L, Ben-David G. Speed, road injury, and public health. *Annual Review of Public Health*. 2006; 27: 125-152.
- Ridgeway C, Walker H. Status structures. *In* Cook K, Fine G, House J. (Eds). *Sociological perspectives on social psychology*. New York: Allyn & Bacon; 1995.
- Robine J, Jagger C, Euro-Reves Group. Creating a Coherent Set of Indicators to Monitor Health Across Europe: The Euro-REVES 2 Project. *European Journal of Public Health*. 2003; 13 (3): 6-14.
- Rodriguez E, Frongillo E, Chandra P. Do social programmes contribute to mental well-being? The long term impact of unemployment on depression in de US. *International journal of Epidemiology*. 2001 ; 30 : 163-170
- Rollet C. *La population du monde: 6,5 milliards, et demain?* Petite encyclopédie Larousse; 2006. ISBN: 2-03-582571-7.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Rones M, Hoagwood K. School-Based Mental Health Services: A Research Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2000; 3(4): 223-241.
- Rootman I, Goodstad M, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springett J, Ziglio E (Eds). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. WHO Regional Publications: European Series; nº 92. Denmark: World Health Organization; 2001. ISBN: 92-890-1359-1.
- Rotacomercial. *Roteiro do Concelho do Seixal*. 17 ed. Mafra: Rolo & Filhos; 2001. ISBN: 972-8581-03-3.
- Rotter J. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975; 43: 56–67.
- Rotter J. Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*. 1990; 45 (4): 489–93.
- Rotter J. Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*. 1996; 80 (609).
- Russell H, Killoran A. *Public Health and Regeneration: Making the Links*. London: Health Education Authority; 2000. ISBN: 0-7521-1804-8.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *In* Rolf J, Masten A, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S (eds). *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). New York: Cambridge; 1990.
- Rutter M, Maughan B, Mortimore P, Ousten J. *Fifteen Thousand Hours: Secondary Schools and Their Effects on Children*. London: Open Books; 1979.
- Saegert S, Fields D, Libman K. Deflating the dream: radical risk and the neoliberalization of homeownership. *Journal of Urban Affairs*. 2009; 31(3): 297–317.
- Sainsbury Centre for Mental Health. *The economic and social costs of mental illness*. Policy paper 3. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2003.
- Salgueiro T. *A cidade em Portugal: Uma geografia urbana*. Porto: Afrontamento; 1999.
- Sallis J [et al]. An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*. 2006; 27: 297-322.
- Santa-María Morales A, Barry M. Scoping Study on Training, Accreditation and Professional Standards in Health Promotion. IUHPE Research Report Series. Vol. 2 No1; 2007. Disponível em www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/RRS/RRS_1_07.pdf
- Sarason B, Pierce G, Sarason I. Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. *In* Sarason B, Sarason I, Pierce G. (Eds). *Social support: An interactional view* (pp. 97–129). New York: Wiley; 1990.
- Sarason B, Sarason I, Pierce G. (Eds). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley; 1990.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Sarason I, Sarason B. (Eds). Social support: Theory, research and application. Dordrecht: Martinus Nijhoff; 1985.
- Sartorius N. Preface. *In* Goldberg D, Tantam D (Eds). The public health impact of mental disorders. Toronto: Hogrefe and Huber; 1990.
- Sartorius N. Universal strategies for the prevention of mental illness and the promotion of mental health. *In* Jenkins R, Ustun T (Eds). Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care (pp 61-67). Chichester: John Wiley; 1998.
- Sassen S. The global city: New York, London, Tokyo. 2nd ed. Princeton : Princeton University Press; 2001. ISBN: 0-691-07063-6.
- Scheid T, Brown T. Approaches to Mental Health and Illness: Conflicting Definitions and Emphases. *In* Scheid T, Brown T (eds). A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems. 2 ed. New York: Cambridge University Press; 2010.
- Schnyder U, Buchi S, Sensky T, Klaghofer R. Antonovsky's sense of coherence: trait or state? *Psychotherapy & Psychosomatics*. 2000; 69(6): 296-302.
- Schofield H, Bloch S, Herrman H, Murphy B, Nankervis J, Singh B. Family caregivers: Disability, illness and ageing. Sydney: Allen & Unwin; 1998.
- Schonert-Reichl K, Smith V, Zaidman-Zait A, Hertzman C. Promoting children's pro-social behaviours in school: impact of the "roots of empathy" program on the social and emotional competence of school-aged children. *School Mental Health*. 2011; 4(1): 1-21.
- Schramm W. Notes on case studies of instructional media projects. Workingpaper. Washington, DC: Academy for Educational Development; 1971.
- Schweinhart L, Weikart D. High/Scope Perry Preschool Program effects at age twenty-seven. *In* Crane J. (Ed). Social programs that work (pp. 148-162). New York, NY, US: Russell Sage Foundation; 1998.
- Serra A. O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Adriano Vaz Serra; 1999.
- Severo M, Santos A, Lopes C, Barros H. Fiabilidade e Validade dos Conceitos Teóricos das Dimensões de Saúde Física e Mental da Versão Portuguesa do MOS SF-36. *Acta Medica Portuguesa*. 2006; 19: 281-288.
- Shilton T, Howat P, James R, Lower T. Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia: An historical overview. *Health Promotion Journal of Australia*. 2001; 12 (2): 117-123.
- Simon R. Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *American Journal of Sociology*. 2002; 107(4): 1065–1096.
- Singh N, Clements K, Fiatarone-Singh M. The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: A randomized, controlled trial. *Journals of Gerontology: (Series-A) Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001; 56A(8): M497-M504.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders: Longitudinal study in the general population in the UK. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 189: 109–117.
- Skills For Health. Public Health Skills and Career Framework – Multidisciplinary/multi-agency/multi-professional, UK: Public Health Resource Unit; 2008. Disponível em: www.phru.nhs.uk/Doc_Links/PHSkills&CareerFramework_Launchdoc_April08.pdf
- Skulmoski G, Hartman F, Krahn J. The Delphi Method for Graduate Research. *Journal of Information Technology Education*. 2007; 6: 1-21.
- Slocum W. Occupational careers: a sociological perspective. Chicago: Aldine; 1966.
- Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy & Economics*. 2006 ; 9(2):87-98.
- Sommer R. Milieux et Mode de Vie. Dijon-Quetigny : Infolio Editions ; 2003. ISBN: 2-88474-512-2.
- Sousa J. Obesidade Infanto-Juvenil em Portugal: Associação com os Hábitos Alimentares, Atividade Física e Comportamentos Sedentários dos Adolescentes Escolarizados de Portugal Continental. Lisboa: Edições Colibri, Instituto Politécnico de Lisboa; 2011. ISBN: 978-989-689-117-6.
- Speer D. Mental Health Outcome Evaluation. San Diego: Academic Press; 1998. ISBN: 0-12-656575-9.
- Spoth R, Greenberg M. Toward a comprehensive strategy for effective practitioner-scientist partnership and larger-scale community health and well-being. *American Journal of Community Psychology*. 2005; 35(3/4).
- Stansfeld S, Fuhrer R, Shipley M, Marmot M. Work characteristics predict psychiatric disorders: Prospective results from the Whitehall II study. *Occupational & Environmental Medicine*. 1999; 56: 302–307.
- Steele L, Dewa C, Lin E, Lee K. Education level, income level and mental health services use in canada: associations and policy implications. *Healthcare Policy*. 2003; 3(1): 96-106.
- Stern R, Green J Boundary workers and the management of frustration: a case study of two Healthy City partnerships. *Health Promotion International*. 2005; 20 (3): 269-276.
- Strohschein L, McDonough P, Monette G, Shao Q. Marital transitions and mental health: Are there gender differences in the short-term effects of marital status change? *Social Science & Medicine*. 2005; 61(11): 2293–2303.
- Sturgeon S. Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*. 2007; 21(S1).
- Subramanian S, Kawachi I, Kennedy B. Does the State You Live in Make a Difference? Multilevel Analysis of Self-Rated Health in the US. *Social Science & Medicine*. 2001; 53: 9-19.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Suffolk ACRE. Suffolk Action with Communities in Rural England; 2010. Disponível em www.suffolkacre.org.uk [citado a 8 agosto 2010].
- Suhrcke M, McKee M, Arce R, Tsovala S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2005. ISBN: 92-894-9829-3.
- Suominen S [et al]. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 50(2): 77-86.
- Susskind L. (1999) - An alternative to Roberts rules of order for groups, organizations, and ad hoc assemblies that want to operate by consensus. In Susskind L, McKernan S, Thomas-Larmer S (eds). *The Consensus Building Handbook – A comprehensive guide to reaching agreement*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999.
- Swanwick C, Dunnett N, Woolley H. Nature, Role and Value of Green Space in Towns and Cities: An Overview. *Built Environment*. 2003; 29(2): 94-106(13).
- Taipale I. (ed). 100 Social Innovations from Finland. Baltic Sea centre Foundation: Helsinki; 2007. ISBN: 978-952-99772-1-5.
- Taipale V. Comunicação oral apresentada no Policy Forum do Projecto “*Monitoring Positive Mental Health*”. Sankelmark, Germany; 2009.
- Takano T, Nakamura K, Watanabe M. Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2002; 56: 913–918.
- The National Evaluation of Sure Start Team. National evaluation of Sure Start. Birkbeck, University of London; 2007. Disponível em: <http://www.ness.bbk.uk/findings.asp> (consultado em Setembro de 2008)
- The National Evaluation of Sure Start Team; Institute for the Study of Children, Families and Social Issues,; Birkbeck University Of London. The impact of Sure Start Local Programmes on five year olds and their families. London: Department for Education; 2010. ISBN: 978-1-84775-826-2.
- Themba-Nixon M, Minkler M, Freudenberg N. The role of CBPR in policy advocacy. In Minkler M, Wallerstein N. (Eds). *Community-Based Participatory Research: From Process to Outcomes*. 2 ed. (pp. 395-398). San Francisco: Jossey-Bass; 2008. ISBN: 978-0-4702-6043-2.
- Theodossiou I. The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: A logistic regression approach. *Journal of Health Economics*. 1998; 17(1): 85–104.
- Tilford S, Delaney F, Vogels M. Effectiveness of Mental Health Promotion interventions: a Review. London: Health Education Authority; 1997.
- Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, Siegrist J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2001; 27(2): 146–153.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Tudor K. *Mental Health Promotion: paradigms and practice*. London: Routledge; 1996.
- Turner R. Direct, indirect and moderating effects of social support upon psychological distress and associated conditions. *In* Kaplan H (Ed). *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. New York: Academic Press; 1983.
- Turner R, Frankel B, Levin D. Social support: Conceptualization, measurement and implications for mental health. *In* Greeley J. (Ed). *Research in community mental health* (Vol. 3). Greenwich, CT: JAI Press; 1983.
- United Cities and Local Governments. *The Impact of the Global Crisis on Local Governments*. Barcelona: United Cities and Local Governments; 2009.
- United Nations. *World Urbanization Prospects: The 2007 Revision Population Database*; 2007. Disponível em <http://esa.un.org/unup> (citado a 6 setembro 2010).
- University of Manchester, Cathie Marsh Centre for Census and Survey Research; ESDS Government. *General Household Survey, 2000-2001: Social Capital Teaching Dataset*; 2006.
- Üstün T, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care*. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
- Van Vegchel N, De Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort–reward imbalance model: Drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*. 2005; 60(5): 1117–1131.
- Vaux A. *Social support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger; 1988.
- Veil H, Baumann U. The many meanings of social support. *In* Veil H, Baumann U (Eds). *The meaning and measurement of social support* (pp. 1–7). New York: Hemisphere; 1992.
- Veil H, Baumann U (Eds). *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere; 1992.
- Victorian Health Promotion Foundation. *Mental health promotion plan foundation document 1999–2002*. Carlton South, Victoria: Victorian Health Promotion Foundation; 1999.
- Victorian Health Promotion Foundation. *A Plan for Action 2005-2007: Promoting Mental Health and Wellbeing*. Carlton South, Victoria: Victorian Health Promotion Foundation; 2005. ISBN: 0-9757335-0-8.
- Villar M. *A Cidade Educadora: Nova Perspectiva de Organização e Intervenção Municipal*. 2 ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2007. ISBN: 978-972-771-891-7.
- Wainwright N, Surtees P, Welch A, Luben R, Khaw K, Bingham S. Sense of coherence, lifestyle choices and mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2008; 62: 829-831.
- Walker L, Moodie R, Herrman H. Promoting mental health and wellbeing. *In* Moodie R, Hulme A (Eds). *Hands-on health promotion* (pp 238-248). Melbourne: IP Communications; 2004.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

- Waller S, Naidoo B, Thom B. Prevention and reduction of alcohol misuse: review of reviews. Yorkshire: Health Development Agency; 2002. ISBN: 1-84279-108-7
- Warr P. Work, unemployment and mental health. Oxford: Clarendon Press; 1987. ISBN: 0-19-852158-8.
- Warr P, Jackson P, Banks M. Unemployment and mental health: Some British studies. *Journal of Social Issues*. 1988; 44: 47–68.
- Weare K. Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach. London and New York: Routledge; 2000.
- Weehuizen R. Mental Capital: The economic significance of mental health. Maastrich: Universitaire Pers Maastricht; 2008. ISBN: 978-90-5278-734-3.
- Weich S, Blanchard M, Prince M, Burton E, Erens B, Sproston K. Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *The British Journal of Psychiatry*. 2002; 180: 428-433.
- Weissman M, Bland R, Canino G, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H, Joyce P [et al]. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*. 1996; 276: 293–299.
- Wells J, Tien A, Garrison R, Eaton W. Risk factors for the incidence of social phobia as determined by the Diagnostic Interview Schedule according to DSM-III in a populationbased study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 90: 84–90.
- Wells K, Stewart A, Hays R, Burnam M, Rogers W, Daniels M [et al]. The functioning and wellbeing of depressed patients: Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*. 1989; 262: 914-919.
- Wendel-Vos G, Schuit A, Tijhuis M, Kromhout D. Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. *Quality of Life research*. 2004; 13: 667-677.
- Westland C. Leisure and mental health. *Recreation Canada*. 1991; 24-28.
- Wiersma W. Research methods in education: An introduction, 6 ed. Boston: Allyn and Bacon; 1995.
- Williams K. Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*. 2003; 44: 470–487.
- Williams S. Environment and Mental Health. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 1994.
- Winnicott D. Mirror-role of the mother and family in child development. In Lomas P (Ed). *The Predicament of the Family: A Psycho-Analytical Symposium* (pp. 26-33). London: Hogarth, 1967.
- Wolff A, Ratner P. Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*. 1999; 21(2): 182-197.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

World Bank. World Development Indicators. Washington DC: World Bank; 1999.

World Health Organization. World Health Organization constitution. In Basic documents. Geneva: World health organization; 1948.

World Health Organisation. The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organisation; 1986.

World Health Organisation. Adelaide Recommendations on Health Public Policy. Geneva: World Health Organisation; 1988.

World Health Organisation. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Geneva: World Health Organisation; 1991.

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization; 1995.

World Health Organisation. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Geneva: World Health Organisation; 1997.

World Health Organization. Health 21 – Health for all in the 21st century. An introduction. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998a.

World Health Organization. Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy Makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: WHO European Regional Office; 1998b.

World Health Organisation. Pan American Health Organisation and World Health Organisation Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health. Epidemiological Bulletin 20(1), 1999. Disponível em www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm

World Health Organisation. Mexico Statement on Bridging the Equity Gap. Geneva: World Health Organisation; 2000a.

World Health Organization. The world health report 2000 – Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000b.

World Health Organization. Mental health: New understanding, new hope. The World Health Report. Geneva: World Health Organization; 2001a.

World Health Organization. Strengthening mental health promotion [Fact sheet, No. 220]. Geneva: World Health Organization; 2001b.

World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Sadag/France: World Health Organization; 2002a.

World Health Organization. Investment for Health: A Discussion of the Role of Economic and Social Determinants. Copenhagen: World Health Organization; 2002b.

World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions. Geneva, World Health Organization; 2003a.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: World Health Organization, 2003b.

World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; 2004a.

World Health Organization. Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. A report of the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: World Health Organization; 2004b.

World Health Organisation. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalised World. Geneva: World Health Organisation; 2005a.

World Health Organisation. Mental Health: facing the challenges, building solutions. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2005b.

World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008a.

World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2008b. ISBN: 978 92 890 4279 6.

World Health Organisation. European pact for mental health and wellbeing. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2008c.

World Health Organisation. Nairobi Call to Action for Closing the Implementation Gap in Health Promotion. 7th Global Conference on Health Promotion. Geneva: World Health Organisation; 2009a.

World Health Organization. Zagreb Declaration for Healthy Cities. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2009b.

World Health Organization. Why urban health matters. World Health day 2010, World Health Organization; 2010.

World Health Organization. Healthy cities; 2011. Disponível em www.euro.who.int [citado a 12 janeiro 2011].

World Health Organization; Quality of Life Group (WHOQOL Group). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science & Medicine. 1998; 46: 1569-1585.

Wu Z, Hart R. The effects of marital and nonmarital union transition on health. Journal of Marriage and Family. 2002; 64: 420–432.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

Wyn J, Cahill H, Holdsworth R, Rowling L, Carson S. MindMatters: a whole-school approach promoting mental health and well-being. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2000; 34: 594-601.

Yassi A, Kjellstrom T, DeKok T, Guidotti T. Basic environmental health. New York: Oxford University Press; 2001.

Yen I, Syme S. The social environment and health: a discussion of the epidemiologic literature. Annual Review of Public Health. 1999; 20: 287-308.

Young A, Russel A, Powers J. The sense of belonging to a neighbourhood: can it be measured and is it related to health and wellbeing in older women? Social Science & Medicine. 2004; 59: 2627-2637.

Ziglio E, Hagard S, Griffiths J. Health promotion development in Europe: achievements and challenges. Health Promotion International. 2000; 15(2): 143-154.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

(por ordem cronológica)

Decreto-Lei n.º 36453, de 4 de agosto de 1947. Estatuto dos Distritos Autónomos das Ilhas Adjacentes.

Lei n.º 2118 de 3 de abril de 1963. (*primeira*) Lei da Saúde Mental.

Lei n.º 56/91, de 13 de agosto. Lei-quadro das regiões administrativas. Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro – Criação da Rede Social. A rede social é um fórum de articulação e congregação de esforços e baseia-se na adesão livre por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que nela queiram participar. A rede social deverá, no entanto, assumir uma postura activa de ir ao encontro das diferentes entidades que actuam no domínio social, suscitando a sua participação.

Lei n.º 36/1998, de 24 de julho. Lei da Saúde Mental

Decreto-Lei 35/1999 de 5 de fevereiro. Estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e Saúde Mental, designados por “Serviços de Saúde Mental”.

Lei n.º 159/99 de 14 de setembro. Estabelece o quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais.

Lei n.º 169/99, de 18 de Setembro - Estabelece o quadro de competências, assim como o regime jurídico de funcionamento, dos órgãos dos municípios e das freguesias.

Despacho Conjunto n.º 734/2000, de 18 de julho. Subscrito pelos Ministros da Saúde e da Educação. Estabelece normas sobre o processo de alargamento da Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde.

Lei n.º 5-A/2002, de 11 de Janeiro - Primeira alteração à Lei n.º 169/99, de 18 de Setembro, que estabelece o quadro de competências, assim como o regime jurídico de funcionamento, dos órgãos dos municípios e das freguesias.

Promoção da saúde mental em espaço urbano:

A investigação participada de base comunitária na construção de um plano local de promoção de saúde mental: um estudo de caso

Referências bibliográficas e outras fontes consultadas

Portaria n.º 141/2002, de 12 de Fevereiro - Procede à regulamentação do Programa de Apoio à Implementação da Rede Social.

Decreto-Lei 104/2003, de 23 de maio. Extingue as Comissões de Coordenação Regionais e as Direcções Regionais de Ambiente e do Ordenamento do Território e cria as Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional no âmbito do Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente

Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de agosto. Sétima revisão constitucional.

Decreto-Lei n.º 115/2006, de 14 de Junho - Consagra os princípios, finalidades e objectivos da rede social, bem como a constituição, funcionamento e competência dos seus órgãos.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde

Lei n.º 45/2008 de 27 de agosto. Estabelece o regime jurídico do associativismo municipal.

Lei n.º 46/2008 de 27 de agosto. Estabelece o regime jurídico das áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto.

Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.

Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril de 2010. Procede à regulamentação da Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto.

Fontes virtuais

Google Earth. Disponível em www.earth.google.com/intl/pt

European Society for Child and Adolescent Psychiatry. Disponível em <http://www.escap-net.org/>

Agrupamento de Escolas Terras de Larus. Disponível em www.eps-cruz-pau.rcts.pt/

Agrupamento de Escolas Paulo da Gama. Disponível em www.eb23-paulo-gama.rcts.pt

Agrupamento de Escolas Pedro Eanes Lobato. Disponível em www.eb23-pedro-eanes-lobato.rcts.pt

Escola Secundária de Amora. Disponível em www.esec-amora.pt

ANEXOS

Anexo I
Cidades de Portugal

Cidade	População	Data de elevação a cidade
Abrantes	18600	1916 (14 de junho)
Agualva-Cacém	121000	2002 (12 de julho)
Águeda	11357	1985 (14 de agosto)
Albergaria-a-Velha	7421	2011 (22 de junho)
Albufeira	16237	1986 (20 de agosto)
Alcácer do Sal	9118	1997 (12 de julho)
Alcobaca	9775	1995 (30 de agosto)
Alfena	22300	2011 (22 de junho)
Almada	101500	1973 (14 de junho)
Almeirim	11607	1991 (14 de agosto)
Alverca do Ribatejo	29086	1990 (9 de agosto)
Amadora	151500	1979 (17 de setembro)
Amarante	11000	1985 (14 de agosto)
Amora	53638	1993 (2 de julho)
Anadia	3533	2004 (9 de dezembro)
Angra do Heroísmo	21200	1534 (21 de agosto)
Aveiro	67003	1759 (11 de abril)
Barcelos	20000	1928 (6 de setembro)
Barreiro	50232	1984 (28 de junho)
Beja	23475	1521 (10 de abril)
Borba	4600	2009 (12 de junho)
Braga	170250	Anterior à nacionalidade; fundação romana no ano 14 a.C. como <i>Bracara Augusta</i>
Bragança	19998	1464 (23 de Fevereiro)
Caldas da Rainha	30006	1927 (26 de Agosto)
Câmara de Lobos	16842	1996 (2 de Agosto)
Canico	11586	2005 (9 de Junho)
Cantanhede	7066	1991 (14 de Agosto)
Cartaxo	10115	1995 (30 de Agosto)
Castelo Branco	34525	1771 (20 de Março)
Chaves	19307	1929 (18 de Março)
Coimbra	138540	Anterior à nacionalidade; tomada definitivamente aos Mouros por Fernando I de Leão em 24 de Julho de 1064
Costa de Caparica	14100	2004 (9 de Dezembro)
Covilhã	36147	1870 (20 de Outubro)
Elvas	28106	1513 (3 de Abril)
Entroncamento	20065	1991 (14 de Agosto)
Ermesinde	40139	1990 (10 de Agosto)
Esmoriz	11200	1993 (2 de Julho)
Espinho	10500	1973 (14 de Junho)
Esposende	9148	1993 (2 de Julho)
Estarreja	7000	2004 (9 de Dezembro)
Estremoz	9011	1926 (31 de Agosto)
Évora	46417	Anterior à nacionalidade; refundada pelos romanos como <i>Ebora Cerealis</i> e depois <i>Liberalitas Julia</i> sobre um povoado celta em 27 a.C.; tomada definitivamente aos Mouros por Geraldo Sem-Pavor em 1165
Fafe	15323	1986 (23 de Agosto)
Faro	43757	1540 (7 de Setembro)
Fátima	10302	1997 (12 de Julho)
Felgueiras	15100	1990 (10 de Agosto)
Figueira da Foz	36500	1882 (20 de Setembro)

Fiães	13100	2002 (12 de Julho)
Freamunde	7452	2002 (12 de Julho)
Funchal	100526	1508 (21 de Agosto)
Fundão	8957	1988 (19 de Abril)
Gafanha da Nazaré	14021	2002 (21 de Julho)
Gandra	5200	2003 (26 de Agosto)
Gondomar	25000	1991 (14 de Agosto)
Gouveia	3500	1988 (1 de Fevereiro)
Guarda	32274	1199 (27 de Novembro) foral de D. Sancho I de Portugal
Guimarães	52181	1853 (23 de Junho)
Horta	9000	1833 (4 de Julho)
Ílhavo	17200	1990 (9 de Agosto)
Lagoa	5000	2002 (12 de Julho)
Lagos	20000	1573 (27 de Janeiro)
Lamego	12000	Anterior à nacionalidade; tomada definitivamente aos Mouros por Fernando I de Leão em 29 de Novembro de 1057
Leiria	50264	1545 (13 de Junho)
Lisboa	508209	Anterior à nacionalidade; tomada definitivamente aos Mouros por Afonso I de Portugal com o auxílio de uma frota de cruzados em 25 de Outubro de 1147; dividida em duas cidades (<i>Lisboa Ocidental</i> e <i>Lisboa Oriental</i> entre 15 de Janeiro de 1717 e 31 de Agosto de 1741) anterior denominação: Lixbona; Olíssipo.
Lixa	5500	1995 (30 de Agosto)
Loulé	24000	1988 (1 de Fevereiro)
Loures	26000	1990 (9 de Agosto)
Lourosa	11300	2002 (12 de Julho)
Macedo de Cavaleiros	7800	1999 (24 de Junho)
Machico	13700	1996 (2 de Agosto)
Maia	40000	1986 (23 de Agosto)
Mangualde	8107	2002 (12 de Julho)
Marco de Canaveses	9000	1993 (2 de Julho)
Marinha Grande	29100	1988 (19 de Abril)
Matosinhos	47703	1984 (28 de Junho)
Mealhada	5500	2003 (26 de Agosto)
Meda	2004	2004 (9 de Dezembro)
Miranda do Douro (<i>Miranda de l Douro</i>)	2000	1545 (10 de Julho)
Mirandela	11000	1984 (28 de Junho)
Montemor-o-Novo	14000	1988 (19 de Abril)
Montijo	30486	1985 (14 de Agosto)
Moura	10000	1988 (1 de Fevereiro)
Odivelas	54500	1990 (10 de Agosto)
Olhão da Restauração	31100	1985 (14 de Agosto)
Oliveira de Azeméis	15000	1984 (16 de Maio)
Oliveira do Bairro	5005	2003 (26 de Agosto)
Oliveira do Hospital	4400	1993 (2 de Julho)
Ourém	11100	1991 (14 de Agosto)
Ovar	18900	1984 (28 de Junho)
Paços de Ferreira	9000	1993 (2 de Julho)
Paredes	12500	1991 (14 de Agosto)
Penafiel	10000	1770 (3 de Março)
Peniche	17500	1988 (1 de Fevereiro)
Peso da Régua	10000	1985 (14 de Agosto)
Pinhel	3500	1770 (25 de Agosto)

Pombal	18500	1991 (14 de Agosto)
Ponta Delgada	46102	1546 (2 de Abril)
Ponte de Sor	11000	1985 (14 de Agosto)
Portalegre	15700	1550 (23 de Maio)
Portimão	40700	1924 (11 de Dezembro) (já antes elevada a cidade por D. José I, em 16 de Janeiro de 1773, perdeu o estatuto com a subida ao trono de D. Maria I, em 31 de Maio de 1777)
Porto	240227	Anterior à nacionalidade; definitivamente conquistada numa acção de presúria levada a cabo por Vímara Peres em 868
Póvoa de Santa Iria	28000	1999 (24 de Junho)
Póvoa de Varzim	38257	1973 (14 de Junho)
Praia da Vitória	6500	1981 (20 de Junho)
Quarteira	21000	1999 (24 de Junho)
Queluz	116124	1997 (24 de Julho)
Rebordosa	12100	2003 (26 de Agosto)
Reguengos de Monsaraz	7900	2004 (9 de Dezembro)
Ribeira Grande	6350	1981 (29 de Junho)
Rio Maior	11102	1985 (14 de Agosto)
Rio Tinto	61227	1995 (30 de Agosto)
Sabugal	2300	2004 (9 de Dezembro)
Sacavém	17000	1997 (4 de Junho)
Samora Correia	12826	2009 (12 de Junho)
Santa Comba Dão	3200	1999 (24 de Junho)
Santa Cruz	6500	1996 (2 de Agosto)
Santa Maria da Feira	16900	1985 (14 de Agosto)
Santana	3300	2002 (1 de Janeiro)
Santarém	30100	1868 (24 de Dezembro)
Santiago do Cacém	7753	1991 (14 de Agosto)
Santo Tirso	14100	1985 (14 de Agosto)
São João da Madeira	21102	1984 (28 de Junho)
São Mamede de Infesta	27000	2002 (12 de Julho)
São Pedro do Sul	4011	2009 (12 de Junho)
São Salvador de Lordelo	11000	2003 (26 de Agosto)
Seia	7000	1986 (23 de Agosto)
Seixal	31101	1993 (2 de Julho)
Senhora da Hora	26543	2009 (12 de Junho)
Serpa	9990	2003 (26 de Agosto)
Setúbal	120636	1860 (19 de Abril)
Silves	11000	Anterior à nacionalidade; foi reconquistada definitivamente aos Mouros em 1246
Sines	15555	1997 (12 de Julho)
Tarouca	3200	2004 (9 de Dezembro)
Tavira	13300	1520 (16 de Março)
Tomar	20000	1844 (12 de Fevereiro)
Tondela	10120	1988 (1 de Fevereiro)
Torres Novas	14900	1985 (14 de Agosto)
Torres Vedras	27200	1979 (3 de Fevereiro)
Trancoso	3350	2004 (9 de Dezembro)
Trofa	22000	1993 (2 de Julho)
Valbom	14100	2004 (9 de Dezembro)
Vale de Cambra	4200	1993 (2 de Julho)
Valença	8000	2009 (12 de Junho)
Valongo	27900	1990 (10 de Agosto)
Valpaços	4102	1999 (24 de Junho)
Vendas Novas	10103	1993 (2 de Julho)
Viana do Castelo	36750	1848 (20 de Janeiro)

Vila Baleira	4475	1996 (2 de Agosto)
Vila do Conde	32257	1988 (1 de Fevereiro)
Vila Franca de Xira	19000	1984 (28 de Junho)
Vila Nova de Famalicão	30100	1985 (14 de Agosto)
Vila Nova de Foz Côa	3303	1997 (12 de Julho)
Vila Nova de Gaia	178526	1984 (28 de Junho)
Vila Nova de Santo André	12123	2003 (26 de Agosto)
Vila Real	27250	1925 (20 de Julho)
Vila Real de Santo António	11000	1988 (19 de Abril)
Viseu	50583	Anterior à nacionalidade; tomada definitivamente aos Mouros por Fernando I de Leão em 1057
Vizela	10100	1998 (1 de Setembro)

Anexo II

Formulário 1: População

Código formulário: _____

Código entrevistador: _____

Formulário para caracterização do nível de saúde mental e necessidades em saúde mental da população da cidade de Amora

Exmo. Sr. ou Sr.ª:

É na sua condição de residente na freguesia de Amora que lhe falamos.

O Núcleo Executivo da Comissão Social de Freguesia de Amora está a desenvolver um estudo que permita fundamentar a construção de um Plano de Promoção da Saúde Mental, de forma a melhorar o bem-estar da população da freguesia de Amora.

Agradecendo desde já a sua colaboração, sem a qual este estudo não pode ser realizado, pedimos-lhe que responda a todas as questões de forma sincera e espontânea, seguindo as instruções dadas pelo entrevistador.

O questionário é **anónimo e confidencial**. Não há respostas certas ou erradas. A melhor resposta é a sua opinião sincera e pessoal.

Desde já, muito obrigado pela sua valiosa colaboração.

José Carlos Rodrigues Gomes

Professor Adjunto ESSLei/IPL, Doutorando em Saúde Pública na ENSP/UNL

Parte I
(Caracterização sócio demográfica)

1. Lugar de residência

- | | | |
|-------------|---|--------------------------------|
| (Am) | Amora..... | <input type="text" value="1"/> |
| (CP) | Cruz de Pau (Inclui Vale de Gatos e Quinta da Princesa)..... | <input type="text" value="2"/> |
| (Fo) | Fogueteiro (inclui Vale de Chícharos)..... | <input type="text" value="3"/> |
| (FA) | Foros de Amora e Belverde (Inclui toda a área a sul da A2)..... | <input type="text" value="4"/> |
| (Pa) | Paivas..... | <input type="text" value="5"/> |

Bairro de residência: _____

2. Idade: |__|__| anos

3. Sexo

Masculino

Feminino

4. Índice socioeconómico

4.1. Estado civil: Solteira/o <input type="text" value="1"/> Casada/o <input type="text" value="2"/> Vive maritalmente <input type="text" value="3"/> Separada/o <input type="text" value="4"/> Divorciada/o <input type="text" value="5"/> Viúva/o <input type="text" value="6"/> Outro <input type="text" value="7"/>		4.2. Número de anos de escolaridade completos: _____	
		4.3. Tipos de rendimento familiar: Reforma <input type="text" value="1"/> Pensão <input type="text" value="2"/> Propriedade <input type="text" value="3"/> Vencimentos certos <input type="text" value="4"/> Remunerações incertas <input type="text" value="5"/> Assistência social <input type="text" value="6"/> Outros <input type="text" value="7"/>	4.3b. Rendimento mensal familiar (ilíquido): Menos de €500 <input type="text" value="1"/> Entre €500 e €999,99 <input type="text" value="2"/> Entre €1000 e €1999,99 <input type="text" value="3"/> Entre €2000 e €2999,99 <input type="text" value="4"/> €3000 ou mais <input type="text" value="5"/>
4.4. Condição perante o trabalho: Estudante <input type="text" value="1"/> Dona de casa <input type="text" value="2"/> Trabalhador por conta d'outrem <input type="text" value="3"/> Trabalhador por conta própria <input type="text" value="4"/> Trabalhador independente <input type="text" value="5"/> Patrão <input type="text" value="6"/> Desempregado <input type="text" value="7"/> Reforma <input type="text" value="8"/>		4.5. Profissão (actual ou das anteriores, aquela que foi exercida durante mais tempo): _____	
		4.6. Actividade profissional principal actualmente: _____	
		4.7. Há quantos anos trabalha nesta actividade: ____ ____ anos	
		4.8. Número médio de horas semanais: ____ ____ horas <u>Todas as actividades profissionais</u>	
		4.9. Quanto tempo gasta por dia em deslocações de e para o seu local de trabalho: ____ ____ minutos/dia	
4.10. Está desempregado/a: Há mais de 2 anos <input type="text" value="1"/> Há mais de um ano <input type="text" value="2"/> Há menos de um ano <input type="text" value="3"/> Não estou no desemprego <input type="text" value="4"/>		4.11. Se não está no desemprego, como se sente relativamente ao seu trabalho: Muito contente <input type="text" value="1"/> Contente <input type="text" value="2"/> Indiferente <input type="text" value="3"/> Descontente <input type="text" value="4"/> Muito descontente <input type="text" value="5"/>	4.12. Como se sente relativamente à sua situação financeira: Muito contente <input type="text" value="1"/> Contente <input type="text" value="2"/> Indiferente <input type="text" value="3"/> Descontente <input type="text" value="4"/> Muito descontente <input type="text" value="5"/>

4.13a. Tipo de residência: Com jardim e piscina <input type="text" value="1"/> Com espaço para todos <input type="text" value="2"/> Bem conservada, com electrodomésticos <input type="text" value="3"/> Degradada, WC e cozinha em mau estado <input type="text" value="4"/> Imprópria <input type="text" value="5"/>	4.13b. Local de Residência: Quarto/parte de casa <input type="text" value="1"/> Andar apartamento <input type="text" value="2"/> Habitação precária <input type="text" value="3"/> Moradia <input type="text" value="4"/>	4.13c. Bairro de residência: Bairro residencial <input type="text" value="1"/> Bairro camarário <input type="text" value="2"/> Bairro de habitação precária <input type="text" value="3"/> Bairro degradado <input type="text" value="4"/> Outra <input type="text" value="5"/>
4.13d. Como se sente relativamente às suas condições de habitação: Muito contente <input type="text" value="1"/> Contente <input type="text" value="2"/> Indiferente <input type="text" value="3"/> Descontente <input type="text" value="4"/> Muito descontente <input type="text" value="5"/>	4.13e. Vive só? Sim <input type="text" value="1"/> Não <input type="text" value="2"/>	4.14. Como se sente relativamente à sua família: Muito contente <input type="text" value="1"/> Contente <input type="text" value="2"/> Indiferente <input type="text" value="3"/> Descontente <input type="text" value="4"/> Muito descontente <input type="text" value="5"/>
4.15. Sente dificuldade em ocupar o seu tempo Muitas vezes <input type="text" value="1"/> Por vezes <input type="text" value="2"/> Indiferente <input type="text" value="3"/> Poucas vezes <input type="text" value="4"/> Nunca <input type="text" value="5"/>	4.16. Sente-se só? Muitas vezes <input type="text" value="1"/> Por vezes <input type="text" value="2"/> Indiferente <input type="text" value="3"/> Poucas vezes <input type="text" value="4"/> Nunca <input type="text" value="5"/>	4.17. Costuma desabafar os seus problemas com: Pessoas da família <input type="text" value="1"/> Amigos <input type="text" value="2"/> Outros: <input type="text" value="3"/> Quem _____ Nunca desabafo com ninguém <input type="text" value="4"/>

Parte II
(Valores, suporte e participação social)

1. Trabalha actualmente como voluntário em alguma organização sem fins lucrativos e/ou grupos comunitários (clubes, associações religiosas, ...)?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

2. As perguntas que se seguem referem-se ao apoio que sente ter dos seus vizinhos e/ou amigos.

2.1. Com que facilidade tem ajuda dos seus vizinhos se precisar?

Muito fácil	Fácil	Possível	Difícil	Muito difícil
5	4	3	2	1

2.2. Quantas pessoas são tão próximas de si que pode contar com elas se tiver problemas?

Nenhuma	1 a 2	3 a 5	Mais de 5
1	2	3	4

2.3. Que interesse as pessoas demonstram pelo que faz?

Muito	Algum	Incerto	Pouco	Nenhum
5	4	3	2	1

4. Indique a sua reacção mais espontânea e imediata relativamente a um estrangeiro

Não teria inconveniente em casar-me com ele(a)

Não teria inconveniente em tê-lo (a) como amigo(a)

Aceitá-lo-ia como colega de trabalho

Viveria no mesmo bairro com ele

Preferiria tê-lo como simples conhecido

Exclui-lo-ia das minhas relações

Exclui-lo-ia do meu País

5 Indique a sua reacção mais espontânea e imediata relativamente a uma pessoa de cor da pele diferente da sua.

Não teria inconveniente em casar-me com ele(a)

Não teria inconveniente em tê-lo (a) como amigo(a)

Aceitá-lo-ia como colega de trabalho

Viveria no mesmo bairro com ele

Preferiria tê-lo como simples conhecido

Exclui-lo-ia das minhas relações

Exclui-lo-ia do meu País

4.3. Indique a sua reacção mais espontânea e imediata relativamente a uma pessoa com doença mental.

Não teria inconveniente em casar-me com ele(a)

Não teria inconveniente em tê-lo (a) como amigo(a)

Aceitá-lo-ia como colega de trabalho

Viveria no mesmo bairro com ele

Preferiria tê-lo como simples conhecido

Exclui-lo-ia das minhas relações

Exclui-lo-ia do meu País

Parte III
(Inventário de Saúde mental)

Agora vou fazer um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando a resposta que melhor se aplica a si.

1. Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso?

Sempre	Quase Sempre	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?

Sempre	Quase Sempre	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?

Sempre	Quase Sempre	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?

Sempre	Quase Sempre	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. No último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?

Sempre	Quase Sempre	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase nunca	Nunca
1	2	3	4	5	6

Parte IV
(Sentido de coerência)

Segue-se uma série de perguntas acerca de vários aspectos da sua vida.

Cada pergunta tem sete respostas possíveis. Por favor, indique o número que expresse o seu sentimento actual, sendo o 1 e o 7 as respostas extremas.

Se para si a resposta correcta for a 1, indique 1, se for a 7 indique 7. Se nenhuma destas repostas for a sua, indique o número que melhor expresse a sua maneira de pensar e de sentir em relação á pergunta. Dê apenas e só uma única resposta em cada pergunta.

1. Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa á sua volta?

Muito raramente	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente não me interesso
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------------

2. Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?

Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

3. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava?

Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

4. Até hoje na vida...

Não consegui um projecto e um rumo próprio	1	2	3	4	5	6	7	Conseguir um projecto e um rumo próprio
--	---	---	---	---	---	---	---	---

5. Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

6. Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual sem saber o que fazer?

Aconteceu sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca aconteceu
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. Aquilo que você faz diariamente é...

Uma fonte de profunda satisfação e prazer	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento
---	---	---	---	---	---	---	---	---

8. Tem sentimentos e ideias muito confusos?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

9. Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Muitas pessoas (mesmo as que tem forte carácter) muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?

Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

11. Quando alguma coisa acontece, você geralmente acaba por verificar que...

Avaliou mal a dimensão do problema	1	2	3	4	5	6	7	Avaliou correctamente a dimensão do problema
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

12. Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que você faz na sua vida diária?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

13. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

Parte V
(Saúde e qualidade de vida)

1. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde (saúde percebida)?

Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau
1	2	3	4	5

2. Tem a energia suficiente para o seu dia-a-dia (Energia e Vitalidade)?

Não tenho nenhuma	Tenho muito pouca	Tenho alguma	Tenho geralmente	Tenho toda a energia
1	2	3	4	5

3. Como classifica a sua qualidade de vida?

Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

4. Frequenta algum grupo de auto ajuda para o ajudar a lidar com as dificuldades da sua vida (alcoólicos anónimos, grupos de familiares de doentes, ...)?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

5. Sente-se seguro no bairro onde vive?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

6. Qual é a sua altura sem sapatos? |__|__|__| Centímetros

(no caso de se tratar de uma grávida, pergunte a altura e o peso antes da gravidez)

7. Quanto pesa sem roupas e sem sapatos? |__|__| quilograma

As perguntas que vou fazer em seguida são sobre alguns aspectos da saúde das pessoas, nas últimas duas semanas. O que nos interessa saber é se as pessoas estiveram doentes, se sofreram algum acidente ou se tiveram outros problemas relacionados com a saúde.

8. O (a) sr(a), nestas duas semanas, **quantos dias deixou de fazer alguma das coisas que habitualmente faz,** seja em casa, no trabalho ou no tempo livre no dia-a-dia, devido a doença, acidente, violência ou a motivos relacionados com a saúde (tais como consultas, análises, radiografias, tratamentos, internamentos, etc.)? (0 a 14): |__|__| dias

9. O (a) sr(a) tomou medicamentos prescritos (incluindo pílulas contraceptivas ou outras hormonas, pomadas, cremes, injeções, vacinas), nestas duas semanas?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

10. Os medicamentos, que está a tomar, foram prescritos pelo médico?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

11. Os medicamentos prescritos pelo médico eram para quê?

	Sim	Não	Não sabe
Tensão arterial elevada	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Outra doença cardiovascular	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Baixar o nível de colesterol	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Diabetes	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Dor das articulações (artroses, artrites)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

Dor de cabeça ou enxaqueca	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Outra dor	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Ansiedade ou nervosismo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Asma	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Bronquite crónica ou enfisema	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Sintomas alérgicos (eczema, rinite)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Depressão	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Problemas do estômago	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

10. O (a) sr(a) está de baixa há mais de 1 mês ou tem uma incapacidade que o impeça de trabalhar normalmente?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

11. Qual a percentagem da sua incapacidade? |__|__| %

Parte VI (Hábitos e estilos de vida)

Vou agora fazer algumas perguntas sobre o que as pessoas costumam comer e beber. Antes gostaria de informar que por refeições principais entende-se o pequeno-almoço, o almoço e o jantar.

1. Ontem, o que comeu nas 3 refeições principais?

	Sim	Não	Não sabe
Leite/iogurte/queijo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Sopa	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Pão	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Carne	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Peixe	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Batatas/arroz/massa	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Feijão/grão	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Salada/legumes cozidos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Fruta	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Bolos/chocolates/sobremesa doce	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Outros alimentos	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>
Não comeu nada	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>

2. Quanto tempo gasta por semana em actividade física (marcha, desportos de grupo, ginásio, ...)?
|_|_| horas

3. Está inscrito nalguma federação desportiva?

Sim	Não
1	2

4. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

Nunca	Uma vez por mês ou menos	Duas a quatro vezes por mês	Duas a três vezes por semana	Quatro ou mais vezes por semana
0	1	2	3	4

5. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

Uma ou duas	Três ou quatro	Cinco ou seis	Sete ou oito	Dez ou mais
0	1	2	3	4

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

Nunca	Uma vez por mês ou menos	Duas a quatro vezes por mês	Duas a três vezes por semana	Quatro ou mais vezes por semana
0	1	2	3	4

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

Nunca	Uma vez por mês ou menos	Duas a quatro vezes por mês	Duas a três vezes por semana	Quatro ou mais vezes por semana
0	1	2	3	4

8. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

Não	Sim, mas não nos últimos 12 meses	Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
0	1	2

Parte VII
(Apenas aplicável a pais há menos de 10 anos)

1. Foi a alguma consulta antes de engravidar para preparar a gravidez do seu filho mais novo?

Sim	Não
1	2

2. Frequentou uma consulta após o parto para garantir que era capaz de satisfazer as necessidades básicas do seu bebé?

Sim	Não
1	2

3. Quanto tempo o seu bebé foi amamentado em exclusivo?

Até 7 dias	Até 1 mês	Até 2 meses	Até 3 meses	Até 6 ou mais meses	Não amamentou
1	2	3	4	5	999

4. Tem acesso a serviços centrados nas necessidades do seu filho em idade pré-escolar (0-6 anos), como creches e infantários?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Parte VIII
(apenas aplicável a trabalhadores activos)

1. Na empresa onde trabalha preocupam-se com o seu bem-estar e com a conciliação da sua vida pessoal e familiar com o trabalho?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

2. Que tipo de contrato de trabalho tem neste momento?

Nenhum	Trabalho como “independente” (Recibos verdes)	Contrato a termo (Menos de 1 ano)	Contrato a termo (mais de 1 ano)	Contrato sem termo
1	2	3	4	5

Parte IX
(Apenas aplicável a pessoas com mais de 65 anos)

1. Frequenta clubes sociais, centros para idosos, ou outras instituições dedicadas às pessoas com mais de 65 anos (exclui Universidade Sénior)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre
1	2	3	4	5

2. Frequenta instituições dedicadas á formação ou educação, como escolas ou universidades (inclui Universidade Sénior)?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

3. Recebe algum apoio domiciliário do Centro de saúde ou de outra instituição de apoio a idosos (visitas domiciliárias)?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

4. Vive na casa do(s) seu(s) filhos ou de outra família de acolhimento?

Sim	Não
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Muito obrigado pela sua colaboração

Tempo utilizado na entrevista: |__|__| minutos

Contexto em que a entrevista foi realizada (se necessário):

Anexo III
Questionário 2 Professores

Promoção da Saúde mental em Espaço Urbano - Ambiente escolar

1. Enquadramento

Exmo. Sr.(a) Professor(a):

O Núcleo Executivo da Comissão Social de Freguesia de Amora está a desenvolver um estudo que permita fundamentar a construção de um Plano de Promoção da Saúde Mental, de forma a melhorar o bem-estar da população da freguesia de Amora.

É na sua condição de professor de uma escola do ensino pré-escolar, básico ou secundário da freguesia de Amora que lhe falamos.

Agradecendo desde já a sua colaboração, sem a qual este estudo não pode ser realizado, pedimos-lhe que responda a todas as questões de forma sincera e espontânea.

O preenchimento do questionário é feito on-line e as suas respostas serão automaticamente enviadas para a base de dados que estamos a utilizar.

O questionário é anónimo e confidencial. Não há respostas certas ou erradas. A melhor resposta é a sua opinião sincera e pessoal.

Desde já, muito obrigado pela sua valiosa colaboração.

José Carlos Rodrigues Gomes

Professor Adjunto ESSLei/IPL, Doutorando em Saúde Pública na ENSP/UNL

2. Parte I (Caracterização sócio demográfica e profissiona...

1. Idade

2. Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

3. habilitações académicas

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

☐ Outra

4. Há quantos anos exerce actividade docente (anos)?

5. Nível de ensino em que exerce actividade docente

☐ Pré-escolar

☐ 1º ciclo

☐ 2º ciclo

☐ 3º ciclo

☐ Secundário

Promoção da Saúde mental em Espaço Urbano - Ambiente escolar

6. Estabelecimento escolar em que exerce actividade docente

- ☐ Jardim de Infância da Quinta das Sementes
- ☐ Jardim de Infância Infante D. Augusto
- ☐ Jardim de Infância da Quinta da Medideira
- ☐ Jardim de Infância da Quinta das Inglesinhas
- ☐ Jardim de Infância da Quinta da Princesa
- ☐ Jardim de Infância n.º 1 do Fogueteiro
- ☐ Jardim de Infância da Quinta de St.º. António
- ☐ Jardim de Infância do Conde de Portalegre
- ☐ Jardim de Infância dos Foros de Amora
- ☐ EB1 de Amora
- ☐ EB1 da Quinta das Inglesinhas
- ☐ EB1 Infante D. Augusto
- ☐ EB1 da Quinta da Medideira
- ☐ EB1 da Quinta da Princesa
- ☐ EB1 do Fogueteiro
- ☐ EB1 da Quinta das Sementes
- ☐ EB1 das Paivas
- ☐ EB1 da Quinta do Conde de Portalegre
- ☐ EB1 da Qtª de Santo António
- ☐ EB1 da Cruz de Pau
- ☐ EB1 dos Foros de Amora
- ☐ Escola Básica 2/3 Ciclos Pedro Eanes Lobato
- ☐ Escola Básica 2/3 Ciclos da Cruz de Pau
- ☐ Escola do 2º e 3º Ciclos Paulo Gama
- ☐ Escola Secundária de Amora
- ☐ Escola Secundária Manuel Cargaleiro

3. Parte II (Caracterização do setting escolar)

1. O seu curriculum académico (da sua formação como docente) incluiu temáticas relacionadas com a saúde mental (por exemplo, abordagem dos distúrbios mentais e do comportamento da infância e da adolescência, ...)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Promoção da Saúde mental em Espaço Urbano - Ambiente escolar

2. Se sim, qual foi a carga horária atribuída às temáticas relacionadas com a saúde mental (em horas):

3. A escola onde exerce actualmente actividade docente incluiu actividades de promoção da saúde mental no seu curriculum (por exemplo: abordagem ao bullying, combate ao estigma e à discriminação, ...)?

☐ Sim

☐ Não

4. Se sim, qual a carga horária atribuída às actividades de promoção da saúde mental (em horas)?

5. A escola onde exerce actualmente actividade docente disponibiliza aconselhamento e apoio emocional aos alunos?

☐ Sim

☐ Não

**6. Se sim, quem assegura esse aconselhamento e apoio emocional?
(Pode responder a mais de uma opção)**

☐ Psicólogo escolar

☐ Enfermeiro escolar

☐ Técnico de serviço Social

☐ Professor (Tutor)

☐ Outro

Se respondeu "outro", por favor especifique

7. A escola onde exerce actualmente actividade docente disponibiliza uma figura de referência aos alunos para apoio psicossocial (alguém a quem o aluno possa recorrer para o ajudar a resolver os seus problemas pessoais e escolares)?

☐ Sim

☐ Não

Promoção da Saúde mental em Espaço Urbano - Ambiente escolar

8. Se sim, quem personifica essa figura?

(Pode responder a mais de uma opção)

- ☐ Psicólogo escolar
- ☐ Enfermeiro escolar
- ☐ Técnico de serviço Social
- ☐ Professor (Tutor)
- ☐ Director de turma
- ☐ Outro

Se respondeu "outro", por favor especifique

Anexo IV

Questionário 3 – Técnicos Superiores de Serviço Social

Promoção da Saúde Mental na freguesia de Amora - Serviço Social

1. Enquadramento

Exmo. Sr.(a) Técnico(a) Superior de Serviço Social:

O Núcleo Executivo da Comissão Social de Freguesia de Amora está a desenvolver um estudo que permita fundamentar a construção de um Plano de Promoção da Saúde Mental, de forma a melhorar o bem-estar da população da freguesia de Amora.

É na sua condição de Técnico Superior de Serviço Social a exercer actividade na freguesia de Amora que lhe falamos.

Agradecendo desde já a sua colaboração, sem a qual este estudo não pode ser realizado, pedimos-lhe que responda a todas as questões de forma sincera e espontânea.

O preenchimento do questionário é feito on-line e as suas respostas serão automaticamente enviadas para a base de dados que estamos a utilizar.

O questionário é anónimo e confidencial. Não há respostas certas ou erradas. A melhor resposta é a sua opinião sincera e pessoal.

Desde já, muito obrigado pela sua valiosa colaboração.

José Carlos Rodrigues Gomes

Professor Adjunto ESSLei/IPL, Doutorando em Saúde Pública na ENSP/UNL

2. Parte I (Caracterização sócio demográfica e profissional...)

1. Idade

2. Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Há quantos anos exerce actividade como Técnico Superior de serviço Social (anos)?

4. habilitações académicas

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

☐ Outra

Se respondeu "outra", por favor especifique

Promoção da Saúde Mental na freguesia de Amora - Serviço Social

5. Comunidades da freguesia de Amora onde exerce actividade como Técnico Superior de Serviço Social:

(pode responder a mais de uma opção)

- ☐ Amora
- ☐ Cruz de Pau (Inclui Vale de Gatos e Quinta da Princesa)
- ☐ Fogueteiro (inclui Vale de Chicharos)
- ☐ Foros de Amora e Belverde (Inclui toda a área a sul da A2)
- ☐ Paivas

6. O seu curriculum académico (da sua formação como Técnico Superior de Serviço Social) incluiu temáticas relacionadas com a saúde mental (por exemplo, abordagem dos distúrbios mentais e do comportamento da infância e da adolescência, ...)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Se sim, qual foi a carga horária atribuída às temáticas relacionadas com a saúde mental (em horas):

3. Parte II (Caracterização do apoio social)

1. Nas diferentes comunidades que compõem a freguesia de Amora são desenvolvidas políticas que promovam a inclusão social e a coesão social?

	Amora	Cruz de Pau (Inclui Vale de Gatos e Quinta da Princesa)	Fogueteiro (inclui Vale de Chicharos)	Foros de Amora e Belverde (Inclui toda a área a sul da A2)	Paivas
Não são desenvolvidas políticas que promovam a inclusão social e a coesão social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
São desenvolvidas políticas pontuais (sem continuidade) que promovam a inclusão social e a coesão social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
São desenvolvidas políticas contínuas (ininterruptas) que promovam a inclusão social e a coesão social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Promoção da Saúde Mental na freguesia de Amora - Serviço Social

2. Nas diferentes comunidades da freguesia de Amora são desenvolvidos programas (de intervenção local) para promoção da segurança em populações vulneráveis (por exemplo, idosos, migrantes, grupos socioeconómicos desfavorecidos, ...)?

	Amora	Cruz de Pau (Inclui Vale de Gatos e Quinta da Princesa)	Fogueteiro (inclui Vale de Chicharos)	Foros de Amora e Belverde (Inclui toda a área a sul da A2)	Paivas
Não existem programas de intervenção local que promovam a segurança de pessoas vulneráveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem alguns programas pontuais (sem continuidade) que promovem a segurança de pessoas vulneráveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem programas estruturados (com continuidade) que promovem a segurança de pessoas vulneráveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Qual a percentagem de pessoas, em relação ao total da população, que necessita de apoio do serviço social para suprir as suas necessidades básicas (habitação, alimentação, educação, ...) em consequência de uma situação de doença de longo prazo ou incapacidade(%), nas comunidades de:

Amora	<input type="text"/>
Cruz de Pau (Inclui Vale de Gatos e Quinta da Princesa)	<input type="text"/>
Fogueteiro (inclui Vale de Chicharos)	<input type="text"/>
Foros de Amora e Belverde (Inclui toda a área a sul da A2).	<input type="text"/>
Paivas	<input type="text"/>

4. Qual a percentagem de pessoas que vive em situação de pobreza (com menos de 60% do rendimento médio da população) nas comunidades de:

Amora	<input type="text"/>
Cruz de Pau (Inclui Vale de Gatos e Quinta da Princesa)	<input type="text"/>
Fogueteiro (inclui Vale de Chicharos)	<input type="text"/>
Foros de Amora e Belverde (Inclui toda a área a sul da A2)	<input type="text"/>
Paivas	<input type="text"/>

Promoção da Saúde Mental na freguesia de Amora - Serviço Social

5. Quantos centros de dia, clubes sociais (ou outras estruturas similares) estão disponíveis para pessoas com mais de 65 anos nas comunidades de (número):

Amora	<input type="text"/>
Cruz de Pau (Inclui Vale de Gatos e Quinta da Princesa)	<input type="text"/>
Fogueteiro (inclui Vale de Chicharos)	<input type="text"/>
Foros de Amora e Belverde (Inclui toda a área a sul da A2)	<input type="text"/>
Paivas	<input type="text"/>

6. Qual a percentagem de pessoas com mais de 65 anos envolvidas em formação (universidade sénior ou estruturas similares), relativamente à população total com mais de 65 anos, nas comunidades de:

Amora	<input type="text"/>
Cruz de Pau (Inclui Vale de Gatos e Quinta da Princesa)	<input type="text"/>
Fogueteiro (inclui Vale de Chicharos)	<input type="text"/>
Foros de Amora e Belverde (Inclui toda a área a sul da A2)	<input type="text"/>
Paivas	<input type="text"/>

7. Qual a percentagem de pessoas com mais de 65 anos com acesso a visitas e/ou apoio domiciliário (excluindo as realizadas pelos serviços de saúde), em relação à população total com mais de 65 anos, nas comunidades de:

Amora	<input type="text"/>
Cruz de Pau (Inclui Vale de Gatos e Quinta da Princesa)	<input type="text"/>
Fogueteiro (inclui Vale de Chicharos)	<input type="text"/>
Foros de Amora e Belverde (Inclui toda a área a sul da A2)	<input type="text"/>
Paivas	<input type="text"/>

Anexo V

Lista de entrevistadores

Plano local de promoção da saúde mental da cidade de Amora
Entrevistadores para recolha de informação junto da população

	Nome	Código de entrevistador
1	<i>Entrevistador 1</i>	Capa 1
2	<i>Entrevistador 2</i>	Capa 2
3	<i>Entrevistador 3</i>	Capa 3
4	<i>Entrevistador 4</i>	Capa 4
5	<i>Entrevistador 5</i>	Capa 5
6	<i>Entrevistador 6</i>	Capa 6
7	<i>Entrevistador 7</i>	Capa 7
8	<i>Entrevistador 8</i>	Capa 8
9	Cármén Isabel Rebouta	Capa 9
10	Jane Mendes Silva	Capa 10
11	Anabela Santos	Capa 11
12	<i>Entrevistador 9</i>	Capa 12
13	Sara Lopes Oliveira	Capa 13
14	Carla Campos	Capa 14
15	Paulo Azevedo	Capa 15
16	Edgar Faustino	JF 1
17	Maria Otilia Duarte	JF 2
18	António Dias Henriques	JF 3
19	<i>Entrevistador 10</i>	JF 4
20	Marta Sandra Esteves Barroso	JF 5
21	Maria Leonor Vasconcelos Vicente Barbosa	JF 6
22	Maria Clarisse Q. Marques	JF 7
23	Carla Maria Rodrigues Santos	JF 8
24	<i>Entrevistador 11</i>	JF 9
25	Samatra Carambola Paulo	JF 10
26	<i>Entrevistador 12</i>	JF 11
27	<i>Entrevistador 13</i>	JF 12
28	Ana Rita Fernandes Costa	JF 13
29	<i>Entrevistador 14</i>	JF 14
30	Maria de Fátima Correia Mendes da Silva	JF 15
31	Susana Cristina Lopes Botas	JF 16
32	Rita Vences Morgado	JF 17
33	Jorge Timóteo	JF 18
34	Entrevistador 15	JF 19
35	Carina Rosado	JF 20
36	<i>Entrevistador 16</i>	JF 21
37	Inês Paiva	JF 22
38	<i>Entrevistador 17</i>	JF 23
39	Andreia Silva Santos	ESA 1
40	<i>Entrevistador 18</i>	QP 1
41	Cidália Martins	JF 24
42	Luísa Semedo	QP 2

Entrevistador (n): Colaborador que solicitou não publicitação do seu nome

Anexo VI

Glossário utilizado na formação dos entrevistadores

Formação de entrevistadores para o Plano Local de Promoção da saúde Mental da Cidade de Amora (PLPSMA)

José Carlos Rodrigues Gomes,

Doutorando em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

jcrgomes@ipleiria.pt

Glossário

1. Conceitos base

1.1. Saúde mental¹

A saúde mental pode ser vista como um processo que inclui **factores predisponentes** (por exemplo, as experiências na infância), **factores precipitantes** (por exemplo, os acontecimentos de vida), e **factores protetores ou de suporte** (por exemplo, a rede social), bem como diversas consequências e resultados (por exemplo, os comportamentos saudáveis). A saúde mental tem duas dimensões:

1) **Saúde mental positiva** que pode ser conceptualizada como um valor em si mesmo (sentir-se bem), ou como uma capacidade de perceber, compreender e interpretar o ambiente que nos rodeia, adaptar-se a ele e alterá-lo se necessário, ainda como uma capacidade para pensar e comunicar com os outros;

2) **Saúde mental negativa** (ou distúrbios mentais e de comportamento) que está relacionada com os transtornos mentais, os sintomas e os problemas de saúde mental.

Neste estudo o foco principal será sobre a **saúde mental positiva** que inclui:

- Um sentimento positivo de bem-estar;
- Recursos individuais incluindo a autoestima, o optimismo, e um sentimento de domínio e de coerência;
- A capacidade de iniciar, desenvolver e manter relações interpessoais mutuamente satisfatórias;
- A capacidade de lidar com as adversidades (resiliência).

Estes irão reforçar a capacidade da pessoa para contribuir para a família e para outras redes sociais, para as comunidades locais e para a sociedade.

1.2. Sentido de coerência¹

O conceito de “*sentido de coerência*”, desenvolvido por A. Antonovsky (1987), tem sido associado com a saúde mental por muitos investigadores e autores. O modelo salutogénico de Antonovsky realça os aspectos positivos e os recursos de saúde em vez de sintomas ou distúrbios. Os três componentes do “*sentido de coerência*” são a **capacidade de compreensão** (avaliar a estrutura, a previsibilidade e a explicação do acontecimento), a **capacidade de gestão** (usar os recursos disponíveis para satisfazer o desafio de tais acontecimentos) e a **capacidade de investimento** (importância e/ou valor atribuído a esses acontecimentos na sua vida). Uma pessoa com um elevado “*sentido de coerência*” é capaz de escolher entre os vários recursos potencialmente disponíveis. Um reduzido “*sentido de coerência*” tem sido repetidamente associado a problemas de saúde mental, a comportamentos suicidas e a condições psicossomáticas.

¹ Ville Lehtinen (2008) Building Up Good Mental Health: Guidelines based on existing knowledge.

STAKES National Research and Development Centre for Welfare and Health. ISBN 978-951-33-2248-9

1.3. Promoção da saúde mental²

A promoção da saúde mental...

É um esforço interdisciplinar e sócio cultural orientado para a realização de condições que promovam o bem-estar psicológico dos indivíduos, dos grupos e das comunidades;

É um longo processo desde a gestação passando pelo parto, pela primeira infância, pela segunda infância e pela adolescência até à idade adulta e à velhice;

Foca fundamentalmente as competências, tais como sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com *stressores*, criando relações íntimas sustentáveis, a autoconsciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a autoconfiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância;

Implica a criação de condições no contexto individual, social e ambiental que permitam um óptimo desenvolvimento psicológico e psicossocial;

Pode, como um dos seus resultados, prevenir os distúrbios mentais e de comportamento dos transtornos mentais.

1.4. Implementação da promoção da saúde mental³

Na Carta de Otava da OMS (1986) a promoção da saúde em geral, foi definida como um processo de capacitar as pessoas para aumentar e melhorar o controlo sobre a sua saúde. Por outras palavras, a promoção da saúde é vista como um processo que visa um retorno do poder, dos conhecimentos, das competências e de outros recursos relativos à saúde, para a comunidade, para os indivíduos, para as famílias e para toda a população. O documento menciona o cuidar, o holismo e a ecologia como questões essenciais que baseiam as cinco principais estratégias de ação, que reflectidas no contexto da promoção da saúde mental se podem apresentar da seguinte forma:

1. Construir políticas públicas saudáveis coloca a promoção da saúde mental na agenda de todos os decisores políticos e apela para uma ação coordenada entre os sectores da saúde, e das políticas económicas e sociais para uma melhor saúde mental. Construir políticas públicas saudáveis inclui diversas abordagens, tais como o investimento em políticas governamentais e sociais, a implementação de legislação e regulamentos, mudanças organizacionais e o desenvolvimento de parcerias. Esta ação destaca a importante influência da área das políticas em outros sectores para além do sector da saúde na saúde mental, ou seja, das políticas de emprego, de habitação, de transportes, da educação e das políticas dirigidas aos cuidados na infância, e apela a uma maior atenção à avaliação do impacte dessas políticas na saúde mental de toda a população.

2. A criação de ambientes favoráveis à saúde transporta a saúde mental para além de um foco individualista por considerar a influência mais ampla dos ambientes sociais, físicos, culturais e económicos. Esta área de ação sublinha a importância da interação entre as pessoas e o ambiente onde vivem e destaca a importância de estruturas de mediação como a habitação, as escolas, as comunidades, os locais de trabalho ou outros contextos comunitários como contextos chave para a criação e a promoção da saúde mental positiva.

3. Reforçar a ação comunitária incide sobre a capacitação (*empowerment*) das comunidades através do seu envolvimento e da sua participação ativa na identificação das suas necessidades, na definição de prioridades, e no planeamento e implementação de medidas para atingir uma melhor nível de saúde e assumir o controlo sobre a sua vida diária. As abordagens de desenvolvimento comunitário fortalecem a participação pública e levam a uma capacitação (*empowerment*) das comunidades, e melhores competências para melhorar a saúde mental ao nível da comunidade.

² Mental Health Europe. Mental Health Promotion for children up to 6 years. Bruxelas: MHE; 1999.

³ Barry M, Jenkins R. Implementing Mental Health Promotion. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh; 2007.

4. Desenvolver competências pessoais inclui a capacitação para um desenvolvimento pessoal e social através do acesso à informação, da educação e do reforço das competências individuais. Melhorar o conhecimento e a compreensão das pessoas sobre a saúde mental positiva como uma parte integrante da saúde global constitui uma parte importante desta área de ação, destacando a necessidade de melhorar a literacia em saúde mental. O desenvolvimento de competências pessoais, tais como o auto conhecimento, a melhoria da autoestima, um sentimento de controlo e de autoeficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e estilos de *coping* tem demonstrado promover a saúde mental e ajudar as pessoas a exercer mais controlo sobre sua vida e sobre o ambiente em que vivem.

5. A reorientação dos serviços de saúde exige que os serviços de saúde mental desenvolvam atividades de promoção da saúde de prevenção da doença, assim como serviços de tratamento e reabilitação. Isto exige um sistema de cuidados de saúde que contribui para uma melhoria da saúde, ao mesmo tempo que promove o tratamento da doença. Em relação à saúde mental, este sublinha o papel importante, por exemplo, dos cuidados de saúde primários e de serviços de saúde mental na promoção da saúde mental em diferentes grupos populacionais, como crianças, jovens mães, pessoas com problemas de saúde crónicos, e, ainda, nos utilizadores dos serviços de saúde mental e nas suas famílias. A reorientação dos serviços de saúde para a promoção da saúde mental requer maior atenção na organização e na estrutura dos serviços de saúde e na formação e treino dos profissionais de saúde.

2. Indicadores estruturais de saúde mental⁴

Os indicadores estruturais de saúde mental positiva são fenómenos diretamente observados que podem ser utilizados como medidas quantitativas de qualquer uma das dimensões que estão incluídas no conceito de saúde mental positiva. Os indicadores podem estar relacionados com as diversas fases do ciclo de vida, com os diferentes contextos ambientais, com factores ecológicos, outras situações específicas, ou, ainda, com dados estatísticos acerca do comportamento humano observável.

2.1. Promover a saúde mental através de políticas de saúde mental compreensivas

1) Financiamento adequado: A obrigação do governo (nacional, regional e local) é o de assegurar financiamento suficiente para as diferentes intervenções em saúde mental. A experiência tem demonstrado que a posição da saúde mental muitas vezes subvalorizada, em comparação com, outros sectores da saúde facilmente inibe o desenvolvimento do sector da saúde mental. Portanto, é preferível ter um orçamento separado para o sector da saúde mental, bem como para a promoção da saúde mental e a prevenção dos distúrbios mentais e de comportamento.

2) A cooperação entre os diferentes sectores: uma política global de saúde mental não se concretiza apenas através dos sectores sociais e da saúde. Outros importantes sectores da sociedade são a educação, o emprego, a habitação, o ambiente e a justiça. Uma estreita e positiva cooperação com todos estes outros sectores é uma condição prévia e essencial para uma efectiva execução das políticas de saúde mental. Esta cooperação deverá ter lugar a todos os níveis: entre os ministérios a nível governamental, a nível da administração regional e, ao nível da comunidade local.

3) Uma política ativa de recursos humanos: a disponibilidade de recursos humanos de alta qualidade deve ser assegurada. Este objectivo pode, em parte, ser assegurado mediante a

⁴ Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V (eds). Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL project. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health; 2006.

oferta adequada de formação em saúde mental para todos os profissionais de saúde e também para todos os profissionais intervenientes na área da segurança social. Além disso, o currículo básico de formação de muitas outras profissões deve incluir formação sobre promoção da saúde mental e outros tópicos relevantes relacionados com a saúde mental. Esta necessidade refere-se, em particular, àqueles que trabalham nas áreas da educação, do emprego, do sistema de justiça e do planeamento ambiental. A formação pós graduada não pode, neste contexto, ser menosprezada, e deve-se-lhe atribuir a importância necessária.

2.2. Melhorar a saúde mental de crianças na primeira infância

A base para uma saúde mental no adulto constrói-se na infância. Esta faixa etária é o período mais favorável para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde mental efetivas. Atendendo a que o ambiente familiar é o ambiente natural onde a criança vive e os pais são os mais importantes cuidadores da criança, a maioria das atividades devem ser dirigidas a toda a família, no sentido promover o desenvolvimento de *“famílias saudáveis”* (ver conceito associado abaixo). Estas incluem:

Cuidados maternos compreensivos, disponíveis para todas as gestantes na região, devem ser organizados pelas autoridades de saúde. Isto deve incluir consultas de seguimento regulares durante toda a gravidez, que proporcionem a identificação quer dos factores de risco físicos, quer dos factores de risco de âmbito psicossocial.

Uma educação parental para ambos os pais durante a gravidez deve ser uma parte integrante dos serviços de saúde da área materno-infantil públicos. Uma vinculação precoce segura entre o bebé e o principal cuidador, assim como uma *“parentalidade suficientemente boa”*, são elementos-chave necessários para o desenvolvimento saudável da criança.

A licença parental, subsidiada, após o parto deve ser de pelo menos dois anos. As estreitas relações com ambos os pais são importantes para o saudável desenvolvimento da criança, sendo que o pai deveria ser capaz de utilizar pelo menos seis meses dessa licença parental. Suporte económico suficiente para a família durante este período é uma condição essencial para garantir o bem-estar psicológico da família.

Cuidados pós-natais compreensivos: muitos países e regiões desenvolveram uma rede com capacidade de resposta geodemográfica das chamadas *clínicas para o bem-estar do bebé* como parte dos cuidados oferecidos pelos serviços de saúde pública. Elas oferecem *check-ups* de saúde periódicos para crianças em idade pré-escolar, mas também cuidam da situação psicossocial de toda a família. Deste modo, é importante que os cuidados pós-natais não olhem apenas para o desenvolvimento físico da criança, mas que também seja capaz de acompanhar o desenvolvimento psicológico da criança.

Creches para crianças: ambos os pais das crianças dos nossos dias trabalham cada vez mais fora de casa. Para apoiar, quer as famílias, quer o desenvolvimento das crianças, é essencial que a sociedade tenha estabelecido uma rede de creches bem distribuídas e de alta qualidade onde a criança possa passar o tempo quando os pais estão no trabalho. Para ser um espaço promotor de saúde mental, a creche deve oferecer atividades, estímulos e segurança para as crianças, e inspirar, simultaneamente, um sentimento de confiança nos pais.

Serviços de suporte para pais em risco: Uma ênfase especial deve ser direcionada para os pais e as famílias em que existe um risco acrescido para a criança de desenvolvimento indesejável. Estas situações incluem famílias monoparentais, pais muito jovens ou pais com distúrbios mentais e do comportamento ou, ainda, com problemas de abuso de substâncias. As visitas domiciliárias realizadas por profissionais ou por organizações voluntárias (*befriending*) são exemplos programas e serviços que desenvolvem um apoio efetivo.

Componentes da *“parentalidade suficientemente boa”*⁵

⁵ Hoghugi M, Speight ANP (1998). Good enough parenting for all children - and strategy for a healthier society. Arch Dis Child 1998;78:293-300.

1. **Amor, cuidado e empenho.** As crianças precisam de sentir que eles são amados de forma consistente e incondicional. Em caso de hospitalização da criança é essencial tomar as medidas necessárias para garantir a presença dos pais durante os cuidados hospitalares, tanto quanto possível.

2. **Definição de limites e controle consistente.** O controlo está relacionado com a definição e o reforço das fronteiras para ajudar a criança nas suas relações com o mundo exterior. Os limites devem ser configurados para mostrar que comportamentos são inaceitáveis, com a adequação necessária á fase de desenvolvimento. Um controlo "*bom o suficiente*" requer uma fixação de limites razoáveis, que são construídos num conjunto coerente ainda que afectivo para que a criança aceite a realidade das fronteiras e as integre nas suas ações.

3. **Facilitação do desenvolvimento.** Este terceiro aspecto da parentalidade envolve a promoção do desenvolvimento da criança para permitir que a criança possa cumprir o seu pleno potencial. Isto envolve todas as áreas de funcionamento, desde o físico e intelectual até ao moral, estético e espiritual. Cuidados "*bons o suficiente*" envolvem o fornecimento de uma estimulação rica e variada na primeira infância seguido por envolvimento e suporte à criança durante nos anos seguintes até que a idade adulta seja alcançada.

Características das famílias "saudáveis"⁶

1. **Orientação:** O ambiente familiar é influenciado por um profundo valor de ajuda mútua, reconhecendo as necessidades humanas de tranquilidade e suporte, e vendo os erros como uma consequência do comportamento humano. Os familiares sabem que as necessidades humanas são satisfeitas através dos relacionamentos, e quando as crianças crescem e deixam a sua casa, a sua independência fica continuamente dependente de outros sistemas comunitários. Embora estes membros se esforcem por ser competentes, eles sabem que não controlam sozinhos os resultados.

2. **Limites:** limites claros entre os membros da família significa que as responsabilidades dos adultos são claras e distintas das responsabilidades da criança em crescimento. Não há crianças *parentificadas* na família, e as pessoas falam livremente por si, expressando diferentes sentimentos e opiniões sem receio de punição ou retaliação. Embora os debates democráticos estejam presentes, os pais mantêm a tomada de decisão adequada à idade da criança.

3. **Poder e intimidade:** as pessoas são capazes de se relacionar intimamente quando sentem que têm igual poder. Isto acontece porque, quando ficamos assustados, abrem-se duas opções: relacionarmo-nos através do amor e do cuidar para satisfazer as nossas necessidades, ou controlar o outro ou a situação. Podemos escolher o poder do amor ou o poder do controlo.

4. **Honestidade e liberdade de expressão:** os membros de uma família são livres para se expressarem autonomamente, incluindo diferentes opiniões ou pontos de vista se interações na família apoiam a individualidade. Os debates podem ser vivos e mesmo "*quentes*" se for basicamente aceite pelos membros da família ter diferenças. O amor e o carinho não são retirados se as pessoas pensam de maneira diferente sobre alguma coisa.

5. **Calor, alegria e humor:** quando há alegria e humor nos relacionamentos, as pessoas procuram o conforto destas interações. A alegria e a confiança dos membros da família uns nos outros são um importante recurso energético. Existe a sensação de que há sempre alguém que se preocupa com quem podemos falar, e com quem podemos rir e divertirmo-nos frequentemente.

6. **Competências de organização e negociação:** Um aspecto necessário da vida familiar é a coordenação de tarefas, a negociação das diferenças e ser capaz de atingir efetivamente um desfecho nestas situações. As competências de negociação incluem a capacidade de escutar, e fazer escolhas no que os membros da família sentem é um processo justo. Em famílias

⁶ Peterson G. 7 characteristics of healthy families. Insight, Healthy living.

saudáveis, este presente processo não fica *encalhado*, embora exista espaço para discussão, e os pais alternem o papel de coordenador entre eles.

7. Sistema de valores: Parte da saúde e da vitalidade de uma família é também saber lidar com as fraquezas, os medos e as situações de *stress* no próprio sistema familiar. Ninguém é perfeito e nenhum sistema é perfeito. Mas em famílias saudáveis, a verdade é aceite como não absoluta. Diferentes perspectivas sobre a realidade são aceitáveis e as pessoas são basicamente boas. Estas são duas crenças subjacentes. Para além de uma base da humanidade positiva e da vida em geral, as famílias saudáveis também sabem lidar com as inevitáveis perdas que ocorrem no ciclo de vida familiar.

2.3. Promover o desenvolvimento de escolas mentalmente saudáveis

A escola é o lugar onde encontramos a grande maioria das crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos de idade e podem facilmente ser trabalhados. Assim, é muito natural que a maioria das atividades universais promotoras de saúde mental dirigidas a estes grupos etários seja desenvolvida em contexto escolar. Além disso, estas atividades podem ser facilmente integradas, quer na vida escolar normal, quer nas atividades de promoção da saúde (em termos gerais) nas escolas, numa filosofia de intervenção baseada no conceito *Whole school approach*. A seguir apresentamos um conjunto de atividades que podem ser utilizadas para promover a saúde mental positiva em contexto escolar:

Integrar a promoção da saúde mental e temáticas de saúde mental na política da escola e no seu currículo: Uma abordagem compreensiva, com o envolvimento de toda a escola, na promoção da saúde mental, significa que, quer a política da escola, quer o ambiente escolar, quer a ética que gere o espaço escolar, tudo promove a saúde mental de toda a comunidade escolar. As temáticas de saúde mental são integradas em todo o currículo escolar como um princípio transversal que abrange todas as disciplinas escolares. A educação para a saúde mental deve continuar durante todo o percurso escolar.

Providenciar apoio psicológico para os alunos: uma escola promotora de saúde disponibiliza apoio psicológico aos seus alunos, sempre que necessário. Isto significa que os enfermeiros escolares, os psicólogos escolares e / ou os conselheiros escolares são parte integrante do pessoal escolar e participam em atividades do quotidiano escolar para que se possam familiarizar com os alunos. A confiança dos alunos nestes profissionais é um aspecto importante para o sucesso destas intervenções.

Providenciar suporte para os professores: Os professores poderão igualmente precisar de apoio emocional, especialmente quando se trabalha com crianças que enfrentam o período da puberdade. As discussões em equipa, a supervisão individual ou de grupo, bem como a possibilidade de consulta com um especialista em saúde mental são alguns meios para ajudar a superar os problemas.

Envolver os pais: um elemento essencial no conceito de *escola saudável* é a participação ativa dos pais em discussões e nas tomadas de decisão relativas ao seu filho. Um contacto próximo entre pais e professores é um elemento favorável para todos os parceiros envolvidos na comunidade escolar. Uma associação de pais ativa e dinâmica deve ser instituída em cada escola, ou agrupamento de escolas, e ser envolvida formalmente na vida da comunidade escolar. Este é o meio pelo qual os pais podem participar em todas as possíveis atividades desenvolvidas pela escola.

Promover o trabalho em equipa: trabalhar em equipa reforça o sentimento de solidariedade e as competências sociais dos alunos. Assim, o trabalho de equipa é uma das palavras-chave incontornáveis no quotidiano de uma escola mentalmente saudável. Do mesmo modo, a cooperação e o trabalho de grupo é igualmente importante para os professores e outros funcionários não docentes. A participação dos alunos em todos os níveis da vida da escola é, também, um elemento importante para uma boa saúde mental.

Implementar programas de promoção saúde na escola: Muitos programas específicos provaram ser eficazes na melhoria do bem-estar psicológico e da segurança nas escolas. O *Mind Matters-programme* e várias medidas *anti-bullying* são apenas um dos exemplos possíveis. Cada escola deverá desenhar os programas mais adequados às suas necessidades e aos seus objectivos.

Os princípios principais da “whole school approach”⁷

1. Relacionamento: Boas relações de suporte na escola são condições prévias essenciais para a produção de elevados níveis de moral e desempenho nos alunos e professores. As boas relações são boas, só por si, mas mais importante ainda, elas promovem aprendizagem mais eficaz.

2. Participação: Tanto o pessoal como os alunos devem ter oportunidade de participar nas questões que ocorrem na escola e lhes dizem respeito. Encorajar e dar oportunidades aos alunos, especialmente em contexto da sala de aula, parece ser de especial importância. A participação também deve ser incrementada, naturalmente, para os pais mas, de preferência, para toda a comunidade envolvente.

3. Autonomia: Autonomia significa um adequado grau de liberdade e independência. É um conceito relativo e não absoluto, e os alunos respondem melhor quando o grau de liberdade é adequado à sua idade, ao seu estágio de desenvolvimento e à sua personalidade. Também ficou demonstrado ser importante que os professores tenham controlo sobre o seu próprio trabalho e tenham a possibilidade de tomarem as suas próprias decisões.

4. Clareza: Clareza significa que as pessoas identificam as estruturas e os limites, sabem o que se espera deles e o que eles podem esperar dos outros, compreendem o seu papel, e sabem quais as normas, valores e regras da organização. Por outro lado, o *bullying* tem mostrado ser o mais importante factor de risco no contexto escolar para problemas de saúde mental posteriores.

2.4. Promover uma vida profissional mentalmente saudável

Os elementos-chave de um programa eficaz na promoção da saúde mental no local de trabalho incluem:

- Corrigir o desequilíbrio esforço / recompensa
- Melhorar a comunicação e o envolvimento pessoal
- Reforçar o suporte social, especialmente dos gestores para os subordinados
- Aumentar a latitude do controlo e da tomada de decisão do trabalho
- Avaliação das exigências do trabalho

A relação entre trabalho e saúde mental é complexa. Dependendo das circunstâncias trabalho pode prejudicar ou promover a saúde mental dos trabalhadores. A criação de um local de trabalho mentalmente saudável é essencialmente uma responsabilidade das empresas e das entidades patronais, juntamente com os trabalhadores e seus representantes. O papel dos políticos é o de proporcionar condições favoráveis ao suporte da sociedade para estas ações. Os seguintes meios podem ser utilizados nestes esforços:

Política de emprego compreensiva: trabalho regular e satisfatório é um dos pilares da boa saúde mental da população adulta. Portanto, o pleno emprego deve ser o objectivo da atual política de emprego. Porque nem sempre é possível evitar que as pessoas fiquem desempregadas, todas as medidas disponíveis para apoiar os desempregados a regressar ao mercado de trabalho, logo que possível, devem ser utilizadas. Para aqueles cujo desemprego mostra sinais de prolongamento no tempo, devem ser disponibilizadas ações para evitar a exclusão social e a marginalização dessas pessoas.

Promover a comunicação e o envolvimento pessoal: uma importante característica de um trabalho mentalmente saudável é que os trabalhadores têm um real e genuína possibilidade

⁷ Weare K. Promoting mental, emotional and social health. A whole school approach. London and New York: Routledge; 2000.

de contribuir para a tomada de decisões relativas à estratégia, à política de comunicação e à gestão de recursos humanos no local de trabalho, bem como sobre as condições individuais de trabalho, as tarefas e os objectivos.

Implementação de diretivas antidiscriminação: A discriminação, o assédio moral e o assédio sexual são gravíssimos factores de risco para o nível de saúde mental no local de trabalho. Assim, cada local de trabalho deve ter acordado um plano de ação sobre esses eventos negativos, envolvendo toda a comunidade da empresa. "Tolerância zero" deve ser o princípio orientador base na gestão no controle destes problemas.

Providenciar treino de competências em gestão: Os gestores estão numa posição-chave para criar uma atmosfera saudável mentalmente no local de trabalho. Portanto, é importante que cada local de trabalho desenvolva um programa de treino de competências de gestão para todos os altos funcionários da empresa.

Implementar programas de promoção da saúde no local de trabalho: vários programas destinados a promover um local de trabalho saudável e a reforçar a saúde mental do pessoal têm sido desenvolvidos, testados na prática, e demonstrado a sua efetividade.

Bons exemplos de práticas de promoção da saúde mental no local de trabalho podem ser encontrados no relatório "Mental Health at Work: Impacts, Issues and Good Practices", publicado em conjunto pela OMS e pela OIT. Programas de promoção da saúde mental exequíveis devem ser implementados em todos os locais de trabalho.

Ajuste entre vida profissional e vida familiar: na sociedade moderna, ambos os pais trabalham geralmente fora do lar, o que traz desafios na conjugação das obrigações familiares e das exigências laborais. Este aspecto é especialmente relevante em famílias com filhos mais novos. A sociedade deve proporcionar creches de boa qualidade e suporte económico suficiente para permitir às famílias fazer as suas próprias escolhas relativamente ao suporte que necessita para os seus filhos. Os empregadores devem proporcionar oportunidades para soluções individuais através, por exemplo, de um horário laboral flexível.

Apoiar os desempregados ou pessoas em situações de trabalho precárias: O desemprego significa muitas vezes, embora nem sempre, uma situação de risco para a saúde mental da pessoa. O mesmo também pode ser verdade nas situações precárias de trabalho, sendo indesejáveis as relações laborais baseadas em trabalho a tempo parcial ou por um período de tempo limitado. Programas específicos, para apoiar estas pessoas emocionalmente, devem estar disponíveis na comunidade. Um apoio financeiro suficiente para uma vida digna também deve ser fornecido pela sociedade.

Proporcionar emprego apoiado para pessoas com distúrbios mentais e de comportamento: especialmente as pessoas com distúrbios mentais e de comportamento crónicos podem, muitas vezes, ter dificuldades em gerir o chamado "emprego normal" por causa da sua doença ou da medicação de que necessitam. As atitudes negativas dos empregadores ou dos colegas de trabalho são também, por vezes, um obstáculo ao emprego dito normal. Estes factores facilmente conduzem à marginalização e à exclusão social. Por isso, é importante estabelecer um sistema para providenciar emprego apoiado para essas pessoas.

O envolvimento dos sindicatos: Os sindicatos têm um papel fundamental na negociação das condições de trabalho. Ao nível do local de trabalho, os representantes sindicais devem ter posições específicas e adequadamente definidas na organização do local de trabalho.

2.5. Construir comunidades mentalmente saudáveis

O desenvolvimento de comunidades que sejam promotoras da saúde mental das pessoas (ou seja, que aumentem o capital social) exige a aplicação adequada de políticas e programas de saúde mental, e deverá incluir várias ações.

Principais características do conceito de capital social⁸

⁸ Putnam R. Making democracy work. Civic tradition in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.

- Redes comunitárias, de voluntariado, do estado, redes e densidade pessoais;
- Participação cívica, participação e utilização de redes cívicas;
- Identidade cívica local – sentimento de pertença, solidariedade e igualdade com os membros da comunidade local;
- Reciprocidade e normas de cooperação, um sentimento de obrigação para ajudar os outros e a confiança na ajuda dos outros quando precisa;
- Confiança na comunidade.

Promover a participação: A participação ativa das pessoas em diferentes atividades na comunidade está fortemente relacionada um bom funcionamento do ambiente onde estas vivem. Por isso, os líderes comunitários e as pessoas de referência na comunidade local devem, de todas as formas possíveis, apoiar a criação de diferentes tipos de atividades conjuntas e de redes que facilitem a participação de todos no desenvolvimento da comunidade. A capacitação das pessoas (*Empowerment*) é a palavra-chave para este esforço.

Apoiar a criação de atividades de autoajuda: os grupos de autoajuda provaram ser um instrumento eficaz e de baixo custo na luta contra os riscos relacionados com diferentes tipos de acontecimentos de vida, tais como o desemprego, o divórcio, a morte do cônjuge, a dependência de drogas ou álcool de um membro da família ou em problemas de violência familiar. Por conseguinte, é importante, que as autoridades regionais e locais apoiem, utilizando todos os meios possíveis, a criação deste tipo de atividades baseadas em grupos de autoajuda.

Providenciar sistemas de apoio: a família e os amigos são os sistemas de apoio natural para a maioria das pessoas. Nem todas as pessoas na comunidade, no entanto, estão em posição para fazer uso desses sistemas de apoio natural. Referimo-nos aos idosos isolados, às famílias monoparentais, aos imigrantes e às pessoas com distúrbios mentais e de comportamento. Uma comunidade saudável coordena, juntamente com as organizações religiosas e com as organizações de voluntários, o necessário apoio social para estas pessoas, através de diferentes tipos de programas de apoio social (*befriending*), de trabalho comunitário e na facilitação do acesso aos diferentes serviços da comunidade. O respeito pela diversidade e pelos direitos humanos devem ser os fundamentos base nestas atividades.

O acesso aos serviços de saúde mental: Uma característica essencial de uma comunidade saudável é a disponibilidade de serviços de saúde mental de baixo custo, baseados na comunidade para todos os que têm necessidade destes serviços. Os serviços devem abranger um amplo espectro de atividades: a promoção da saúde mental, a prevenção de distúrbios mentais e de comportamento, a deteção precoce, o tratamento e a reinserção das pessoas com distúrbios mentais e de comportamento, bem como a prevenção da mortalidade prematura.

Promover a equidade e a justiça social: a equidade e a justiça social têm de prevalecer na comunidade para que esta possa promover a saúde mental. Ninguém deve ser discriminado por causa de seu *status* social, da sua religião, do seu nível educacional, da sua etnia, da sua idade, do seu sexo, das suas competências, da sua orientação sexual ou da sua opinião política. A igualdade de acesso à educação e ao emprego são características básicas das comunidades com justiça social. Um nível de vida suficiente para uma vida digna deve ser assegurado para todos.

2.6. Desenvolver o ambiente físico

Características de uma comunidade saudável (segundo a OMS)⁹

- Um ambiente físico limpo, seguro e de alta qualidade (incluindo habitação de qualidade).
- Um ecossistema que é estável agora e sustentável a longo prazo.
- Uma comunidade forte, com suporte mútuo e não exploradora.

⁹ Duhi L, Sanchez A. Healthy cities and the city planning process. A background document on link between health and urban planning. Copenhagen: WHO-Europa; 1999.

- Um elevado grau de participação e controlo por parte da população acerca das decisões que afectam as suas vidas, a sua saúde e o seu bem-estar.
- A satisfação das necessidades básicas (comida, água, habitação, rendimento, segurança e trabalho) para todas as pessoas da cidade.
- Acesso a uma ampla variedade de experiências e recursos, com oportunidade para uma ampla variedade de contactos, interação e comunicação com outros.
- Uma economia urbana diversificada, inovadora e vital.
- O encorajamento de ligações com o passado, e com o património biológico e cultural dos habitantes da cidade e com outros grupos e indivíduos.
- Um fórum que é compatível com as características anteriores e as reforça.
- Um nível óptimo de serviços de saúde pública e de prestação de cuidados de saúde adequados e acessíveis a todos.
- Elevado nível da saúde (níveis elevados de saúde positiva e níveis reduzidos de doença).

Construir ambientes habitacionais mentalmente saudáveis: foi demonstrado que as condições da habitação têm um forte impacto sobre o bem-estar mental das pessoas. É por isso importante estabelecer, em cada região, associação de municípios ou município uma organização específica para assegurar que os aspectos da saúde mental são suficientemente tidos em conta no planeamento urbano e da habitação.

Disponibilizar parques e outros espaços verdes nas zonas urbanas é importante para as pessoas terem um lugar onde passear e para desfrutar do ambiente, e, portanto, tem um importante significado para a saúde mental das pessoas. Foi igualmente demonstrado que ter oportunidade de ficar perto da natureza proporciona muitas influências positivas na saúde mental de cada um.

Disponibilizar parques infantis para as crianças: brincar é muito importante para o desenvolvimento psicossocial saudável das crianças. Ambientes urbanos com grande densidade fornecem poucas oportunidades para as crianças brincarem. É por isso importante construir uma rede de parques infantis e de parques de aventura para as crianças de diferentes níveis etários.

Reduzir o ruído e a densidade populacional: Muitas das nossas cidades são muito barulhentas e as suas ruas superlotadas. Estas características são conhecidas por estarem relacionadas com um risco aumentado de *stress* e baixo nível de bem-estar. Todas as zonas urbanas deverão ter um programa para reduzir o ruído e a sobrelotação das ruas e outros locais públicos. O estabelecimento de *zonas livres de automóveis* nos centros das cidades é uma opção.

Garantir a segurança pública: as pessoas devem ser capazes de viver sem medo da violência ou do assédio nas ruas ou noutros locais públicos, nas escolas e nos locais de trabalho. Isto pode ser conseguido através da aplicação de muitos programas disponíveis para lutar contra o assédio moral, o assédio sexual e a violência física. Uma tolerância zero deve ser o princípio orientador base relativo a estas questões.

2.7. Proporcionar oportunidades para atividades de lazer

O relaxamento, a recreação e as experiências positivas de vida são elementos importantes no suporte do bem-estar mental de uma pessoa. Estas experiências podem ser alcançadas pelo desenvolvimento de hábitos de lazer adequados, tais como:

Educação nos tempos livres: Para muitos adultos e idosos estudar uma temática que sente como interessante ou útil pode ser uma importante forma de lazer que proporciona prazer, autorealização e, também, desenvolvimento de novas competências. As áreas temáticas podem incluir, por exemplo, as línguas estrangeiras, os trabalhos manuais, diferentes atividades artísticas ou, ainda, outros passatempos. É importante que a comunidade ofereça oportunidades para este tipo de atividades.

Instalações desportivas: tem sido claramente demonstrado que a atividade física influencia positivamente a saúde mental. Assim, os campos desportivos, as piscinas públicas, as pistas

para bicicletas, os trilhos de *jogging* e os ginásios deverão estar disponíveis para todo e cada cidadão. A responsabilidade do município é apoiar e reforçar a construção destas instalações.

Cultura: a arte nas suas diferentes formas permite á pessoa reviver experiências. Este aspecto pode ter uma influência positiva sobre a saúde mental, criando oportunidades para uma identificação e autoanálise, para uma experiência emocional positiva e, também, para a catarse. Deste modo, os municípios devem estabelecer centros culturais, bibliotecas, teatros, galerias de arte e salas de concerto não só para proporcionar experiências artísticas para os seus cidadãos, mas também porque proporciona mais e melhor saúde.

Instalações para a participação cívica: as redes comunitárias e a participação cívica são características do capital social. A comunidade local pode apoiar a saúde mental, proporcionando instalações onde as organizações cívicas envolvidas em diferentes atividades possam reunir. Na organização e cedência destas instalações as necessidades dos diferentes grupos etários devem ser reconhecidas.

Organizações de juventude: a participação em organizações como o movimento escoteiro, grupos teatrais de jovens ou outras atividades similares que reforcem a cooperação e a responsabilidade mútua têm-se revelado importantes para o desenvolvimento psicológico saudável dos adolescentes. Por isso, é importante que a sociedade apoie a criação e a manutenção de tais atividades e organizações.

Centros de atividade para crianças e suas famílias: as famílias com filhos mais novos precisam de atenção especial. Centros especiais que proporcionem atividades conjuntas para pais e filhos são um dos meios de apoio útil na prossecução deste objectivo.

2.8. Promover a saúde mental dos idosos

MIND Factsheet: As pessoas mais velhas e a saúde mental. Manterem-se saudáveis e permanecem ativas¹⁰

Exercício Físico: o exercício físico tem muitos benefícios positivos para a saúde física e para a saúde mental, porque, por exemplo, é um suporte para a recuperação da depressão. É importante que o exercício seja adaptado às capacidades da pessoa e que tenha em conta qualquer problema de saúde ou de mobilidade que a pessoa idosa possa ter.

Dieta e Nutrição: ao comer bem, é provável que a pessoa idosa se sinta mais saudável, permaneça ativa por mais tempo e se proteja contra a doença.

Sono: os problemas de sono podem aumentar com a idade. Insónia ou perturbações do sono constantes podem levar a situações de fadiga, de irritabilidade e de dificuldade de concentração. Problemas de sono frequentes podem levar a situações de falta de repouso, o que pode afectar a capacidade intelectual e o controlo de movimentos.

Vida social: a reforma pode trazer um alívio bem-vindo de alguns compromissos ou obrigações sociais da vida pré reforma, mas também pode conduzir à solidão e ao isolamento. Apesar disso, a reforma oferece novas oportunidades para alargar a rede social.

Voluntariado: uma possibilidade de alargar a vida social é envolver-se em trabalho voluntário. O trabalho voluntário pode fornecer estímulo social e intelectual, o potenciar novas amizades e aumentar a auto estima.

Vida familiar: A investigação tem demonstrado repetidamente que os idosos casados têm uma melhor saúde mental do que outros. Do mesmo modo, o contacto com familiares e amigos de diferentes faixas etárias é benéfico para a saúde mental dos idosos.

Ficar mentalmente ativo – oportunidades para aprender: aproveitar oportunidades de aprendizagem em qualquer idade pode promover a qualidade de vida e fazer com que a pessoa se sinta saudável como um todo. Isto também é verdade para as pessoas mais velhas.

Sexualidade: uma vida sexual satisfatória é um dos componentes de uma boa saúde mental, inclusive para as pessoas idosas. O *agismo* na sociedade pode significar que os idosos são

¹⁰ Mind. Older people and mental health. <http://www.mind.org.uk/informação/Factsheets>

vistos como sendo assexuados, mas tanto os homens como as mulheres podem continuar a ter uma vida sexual satisfatória quando envelhecem.

Espiritualidade: a espiritualidade é o sentido que atribuímos ao nosso passado, ao nosso presente e ao nosso futuro, esteja este sentido associado a uma religião organizada, a outro tipo de grupo, ou apenas ao pensamento individual de cada um. A espiritualidade pode promover a saúde mental, por proporcionar apoio e segurança.

O número de pessoas idosas na comunidade não para de aumentar rapidamente em todos os países europeus. As pessoas mais velhas enfrentam riscos específicos em relação à sua saúde mental. Assim, meios concretos para promover a saúde mental deste grupo etário devem estar disponíveis. Devem incluir:

Promover a participação social: possibilitar o envolvimento nas atividades sociais da comunidade é uma medida importante para apoiar a saúde mental das pessoas idosas. Proporcionar oportunidades de participação na tomada de decisão política, económica e cultural da comunidade e a aprendizagem ao longo da vida são meios que garantem a participação social.

Prevenir a solidão e o isolamento social: muitos idosos vivem sozinhos e podem sentir-se sós, especialmente se tiverem dificuldades em sair da sua casa. Portanto, programas que procuram ajudar a pessoa mais velha na sua vida quotidiana (numa filosofia *befriending*) devem ser organizados pela comunidade, num recurso aos meios públicos, às instituições religiosas ou ao voluntariado. Diferentes tipos de clubes, centros recreativos e outras redes sociais podem evitar a solidão e o isolamento.

Proporcionar oportunidades para uma vida independente: os sentimentos de independência e autonomia são também importantes para as pessoas mais velhas. Estes podem ser reforçados, por exemplo, através do apoio à criação das chamadas soluções “*casa inteligentes*”, pelo fornecimento de equipamento para facilitar a comunicação e a mobilidade, e, ainda em muitos casos, proporcionando oportunidades de emprego na velhice e incentivando os trabalhadores mais velhos a permanecer no mercado de trabalho.

Proporcionar serviços sociais e de saúde adequados: a saúde mental e a saúde em geral estão fortemente interligadas, especialmente na idade mais avançada. Uma má saúde física é um claro factor de risco para problemas de saúde mental. Portanto, é importante estabelecer um sistema de cuidados sociais e de saúde para fornecer a todos os idosos serviços de saúde primários e de especialidade com elevada qualidade dos, incluindo um acesso fácil a serviços psiquiátricos, assim como todos os necessários serviços e benefícios sociais.

Combater o agismo: As atitudes negativas e depreciativas em relação à velhice, em geral, e às pessoas mais velhas, em particular, continuam a prevalecer na nossa sociedade. Portanto, os políticos devem assegurar que os direitos humanos são respeitados no que diz respeito às pessoas idosas. Nenhum tipo de discriminação deve ser tolerado. É importante que os idosos tenham a oportunidade de participar nos processos de decisão social, cultural, económico e político da sociedade.

Anexo VII
Indicadores MMHE-31



**Indicadores estruturais de factores psicossociais e ambientais que influenciam a
saúde Mental**

**Modelo para recolha de informação sobre 31 indicadores de saúde mental positiva
(MMHE-31)
Outubro 2009**

Questionário – Acerca de si

(A personalidade que preenche o questionário)

Por favor complete o seguinte:

Título (Sra., Sr., Dr., Prof. Doutor):

Nome: _____

Categoria profissional: _____

Instituição empregadora: _____

Morada profissional: _____

Telefone (Com códigos nacionais e internacionais): _____

Endereço de correio eletrónico:

Identifique a sua região em relação á denominação e informação geográfica (NUTS¹¹) e demográfica: _____

¹¹ Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins Estatísticos

Por favor, responda às seguintes questões:

1. Quadro nacional de saúde mental (Eixo 1)

1.1. Acerca do orçamento:

- a) A promoção da saúde mental não é financiada ☐
- b) A promoção da saúde mental é financiada enquadrada em diversas linhas orçamentais do orçamento global. A qualidade dos programas e a quantidade de dinheiro destinado depende das decisões políticas (no dia a dia) – competindo com outras áreas da saúde. ☐
- c) A promoção da saúde mental é financiada por uma linha orçamental específica. ☐
(% do total do orçamento para a saúde): _____%)
- Nota:** Se houver financiamento regional ou local que não tenha origem no Orçamento geral do estado, por favor indique a origem desse financiamento: _____

	Sim	Não
A sua região possui um quadro de referência em promoção da saúde mental? (Legislação (ou normas) em saúde mental que incluam a promoção da saúde mental)	<input data-bbox="1289 952 1369 996" type="checkbox"/>	<input data-bbox="1396 952 1476 996" type="checkbox"/>

	Sim	Não
1.3. A sua região recolhe, de forma sistemática, informação acerca do bem-estar da população?	<input data-bbox="1289 1064 1369 1142" type="checkbox"/>	<input data-bbox="1396 1064 1476 1142" type="checkbox"/>

1.4. No quadro de referência em saúde mental da sua região, quais dos seguintes sistemas interagem uns com os outros:

(Selecione apenas os sistemas que sabe interagir com outro(s))

- | | |
|--|--|
| a) Sistema de saúde | <input data-bbox="1337 1388 1425 1433" type="checkbox"/> |
| b) Segurança Social | <input data-bbox="1337 1467 1425 1512" type="checkbox"/> |
| c) Sistema educativo | <input data-bbox="1337 1545 1425 1590" type="checkbox"/> |
| d) Instituições que trabalham na área da deficiência | <input data-bbox="1337 1624 1425 1668" type="checkbox"/> |
| e) Sistema policial | <input data-bbox="1337 1702 1425 1747" type="checkbox"/> |
| f) Justiça | <input data-bbox="1337 1780 1425 1825" type="checkbox"/> |
| g) Instituições relacionadas com a juventude | <input data-bbox="1337 1859 1425 1904" type="checkbox"/> |
| h) Organizações não-governamentais (ONG) | <input data-bbox="1337 1937 1425 1982" type="checkbox"/> |
| i) Cidadãos em geral | <input data-bbox="1337 2016 1425 2060" type="checkbox"/> |

j) Sistema empresarial

☐

k) Autarquias

☐

l) Sistemas de informação acerca da saúde mental da população (observatório)

☐

1.5. Quem tem a responsabilidade de coordenar a promoção da saúde mental?

1.6. Quem participa no quadro de referência em saúde mental?

A sua região oferece programas de formação em promoção da saúde mental para profissionais de sector educativo?

Sim

☐

Não

☐

Em caso de resposta afirmativa, esses programas são partilhados (envolvendo diferentes profissionais)?

Sim

☐

Não

☐

Em caso de resposta afirmativa, indique por favor com quem esses programas são partilhados

—

A sua região oferece programas de formação em promoção da saúde mental para profissionais do sector da segurança social?

Sim

☐

Não

☐

Em caso de resposta afirmativa, esses programas são partilhados (envolvendo diferentes profissionais)?

Sim

☐

Não

☐

Em caso de resposta afirmativa, indique por favor com quem esses programas são partilhados

2. Experiências pré-escolares e suporte á família nos cuidados á criança (Eixo 2)

2.1. Na sua região, que percentagem de mães, após o parto, são cobertas por uma consulta de saúde que assegure que são capazes de atender às necessidades básicas do seu filho?

- a) Uma consulta de saúde que assegure que as mães são capazes de atender às necessidades básicas do seu filho, não é proporcionada. (abrange 0% das mães) ☐
- b) Poucas mães estão cobertas por uma consulta de saúde que assegure que são capazes de atender às necessidades básicas do seu filho (abrange 1-20% das mães) ☐
- c) Algumas mães estão cobertas por uma consulta de saúde que assegure que são capazes de atender às necessidades básicas do seu filho (abrange 21-50% das mães) ☐
- d) A maioria das mães está coberta por uma consulta de saúde que assegure que são capazes de atender às necessidades básicas do seu filho (abrange 51-80% das mães) ☐
- e) Todas as mães (ou quase todas) estão cobertas por uma consulta de saúde que assegure que são capazes de atender às necessidades básicas do seu filho (abrange 81-100% das mães) ☐
- f) Informação não disponível ☐

2.2. Na sua região, durante a gravidez e/ou após o parto, as mães são submetidas a uma consulta de saúde mental (ou similar)?

- a) Uma consulta de saúde mental não é proporcionada (abrange 0% das mães) ☐
- b) Poucas mães são submetidas a uma consulta de saúde mental (Abrange 1-20% das mães) ☐
- c) Algumas mães são submetidas a uma consulta de saúde mental (Abrange 21-50% das mães) ☐
- d) A maioria das mães são submetidas a uma consulta de saúde mental (Abrange 51-80% das mães) ☐
- e) Todas as mães (ou quase todas) são submetidas a uma consulta de saúde mental (Abrange 81-100% das mães) ☐
- f) Informação não disponível ☐

Na sua região, os pais têm acesso a serviços pré-escolares centrados nas necessidades das crianças, isto é, que tenham sido desenvolvidos em função das necessidades das crianças (e não de outras necessidades como de pais, empregadores, ...)?

- a) Serviços pré-escolares centrados nas necessidades das crianças não são proporcionados (Abrange 0% dos pais) ☐
- b) Serviços pré-escolares centrados nas necessidades das crianças são proporcionados abrangendo poucos pais (1-20% dos pais) ☐
- c) Serviços pré-escolares centrados nas necessidades das crianças são proporcionados abrangendo alguns pais (21-50% dos pais) ☐
- d) Serviços pré-escolares centrados nas necessidades das crianças são proporcionados abrangendo a maioria dos pais (51-80% dos pais) ☐
- e) Serviços pré-escolares centrados nas necessidades das crianças são proporcionados abrangendo a totalidade (ou quase totalidade) dos pais (81-100% dos pais) ☐
- f) Informação não disponível ☐

3. Promoção da saúde mental nas escolas e sistema educativo (Eixo 3)

3.1. Na sua região, qual é a percentagem de escolas do ensino básico (1º, 2º e 3º ciclo) que implementam programas escolares de promoção da saúde mental (por exemplo programas anti-bullying)?

- a) A promoção da saúde mental não é implementada nas escolas do ensino básico (abrange 0% das escolas) ☐
- b) A promoção da saúde mental é implementada por poucas escolas do ensino básico (Abrange 1-20% das escolas) ☐
- c) A promoção da saúde mental é implementada por algumas escolas do ensino básico (Abrange 21-50% das escolas) ☐
- d) A promoção da saúde mental é implementada pela maioria das escolas do ensino básico (Abrange 51-80% das escolas) ☐
- e) A promoção da saúde mental é implementada pela totalidade (ou quase totalidade) das escolas do ensino básico (Abrange 81-100% das escolas) ☐
- f) Informação não disponível ☐

3.2. Na sua região, que percentagem de escolas oferece uma pessoas de referência para aconselhamento e apoio emocional às crianças dos 5 aos 16 anos?

- a) Uma pessoa de referência para aconselhamento e apoio emocional não é proporcionada (Abrange 0% das crianças) ☐
- b) Uma pessoa de referência para aconselhamento e apoio emocional é proporcionada a poucas crianças (Abrange 1-20% das crianças) ☐
- c) Uma pessoa de referência para aconselhamento e apoio emocional é proporcionada a algumas crianças (Abrange 21-50% das crianças) ☐
- d) Uma pessoa de referência para aconselhamento e apoio emocional é proporcionada á maioria das crianças (Abrange 51-80% das crianças) ☐
- e) Uma pessoa de referência para aconselhamento e apoio emocional é proporcionada á totalidade (ou quase totalidade) das crianças (Abrange 81-100% das crianças) ☐
- f) Informação não disponível ☐

3.3. Na sua região, que percentagem de escolas oferece outras formas de suporte em saúde mental às crianças dos 5 aos 16 anos (para além do aconselhamento e apoio

emocional), **por exemplo, o desenvolvimento de competências sociais através de atividades de grupo?**

- a) Outras formas de suporte em saúde mental não são proporcionadas às crianças (Abrange 0% das crianças) ☐
- b) Outras formas de suporte em saúde mental são proporcionadas a poucas crianças (Abrange 1-20% das crianças) ☐
- c) Outras formas de suporte em saúde mental são proporcionadas a algumas crianças (Abrange 21-50% das crianças) ☐
- d) Outras formas de suporte em saúde mental são proporcionadas á maioria das crianças (Abrange 51-80% das crianças) ☐
- e) Outras formas de suporte em saúde mental são proporcionadas á totalidade (ou quase totalidade) das crianças (Abrange 81-100% das crianças) ☐
- f) Informação não disponível ☐

4. Emprego e saúde mental no local de trabalho (Eixo 4)

4.1. Na sua região, quantos programas de promoção de saúde mental dirigidos aos factores de risco psicossociais existem nos locais de trabalho?

- | | |
|---|--------------------------|
| a) Não são conhecidos programas de promoção da saúde mental | <input type="checkbox"/> |
| b) Entre 1 e 5 | <input type="checkbox"/> |
| c) Entre 5 e 10 | <input type="checkbox"/> |
| d) Mais de 10 | <input type="checkbox"/> |
| e) Informação não disponível | <input type="checkbox"/> |

Por favor, forneça, se possível, dados exactos, bem como locais onde posterior informação possa ser obtida:

4.2. Por favor, forneça detalhes sobre qualquer estatística regional que esteja disponível sobre satisfação com o ambiente de trabalho, como a que é fornecida no questionário EFQM (European Foundation for Quality Management): Analise informação disponível no EFQM

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4.3. A sua região oferece programas de emprego protegido para pessoas com doença mental ou incapacidade? (por exemplo, emprego protegido, empresas sociais, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.4. Na sua região, que percentagem de população entre os 16 e os 65 anos não têm trabalho remunerado?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| a) Menos de 4% | <input type="checkbox"/> |
| b) Entre 4 e 8 % | <input type="checkbox"/> |
| c) Entre 8 e 12 % | <input type="checkbox"/> |

d) Mais de 12 % - Se possível refira o número exato: _____

e) Informação não disponível

4.5. Na sua região, e no país, que percentagem da população se encontra em emprego temporário? (Informação *Eurostat*)

	Região	País
a) Menos de 4 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Entre 4 e 8 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Entre 8 e 12 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Mais de 12 % (Se possível refira o número exato): _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e) Informação não disponível	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.6. Na sua região, e no país, que percentagem do rendimento médio global corresponde ao rendimento médio em situações de doença prolongada ou incapacidade? (Fonte possível: *Eurostat* ou outras)

	Região	País
a) Menos de 25 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Entre 25 e 50 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Entre 50 e 70%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Entre 70 e 100%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e) Não tenho informação disponível, mas esta pode ser consultada em: _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f) Informação não disponível	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.7. A sua região, e país, incluem a promoção da saúde mental como parte integrante da legislação de higiene, saúde e segurança no trabalho?

Sim	Não
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Em caso de resposta afirmativa, por favor indique detalhes: _____

5. Capital social: Comunidades mentalmente saudáveis (Eixo 5)

O capital social refere-se a instituições, relações interpessoais e o enquadramento normativo que molda a quantidade e qualidade das interações sociais.

O capital social refere-se basicamente às relações entre indivíduos – redes sociais e normas de reciprocidade e confiança que surgem nestas redes sociais.

5.1. Na sua região, existe alguma política, programa ou atividade que promova a capacitação, a participação social, o suporte social (incluindo projetos de vizinhança como o *befriently*), a inclusão social e a coesão social?

	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em caso de resposta afirmativa, indique alguns exemplos:

5.2. Na sua região, existe algum sistema (organização ou outro) que apoie o desenvolvimento dos grupos de auto ajuda?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| a) Menos de 5 | <input type="checkbox"/> |
| b) Entre 5 e 15 | <input type="checkbox"/> |
| c) Mais de 16 | <input type="checkbox"/> |
| d) Informação não disponível | <input type="checkbox"/> |

Se possível, indique o número exato: _____

Nota: A informação será tratada como uma taxa (/10.000 habitantes)

Fonte possível: *Eurostat* (denominação das principais organizações)

5.3. Na sua região existem programas de combate ao estigma?

	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4 Na sua região, são monitorizadas as atitudes em relação às necessidades em saúde mental? (isto é, o respeito pela diferença e a tolerância)

	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5. Na sua região e país, que percentagem da população está em risco de pobreza? (60% ou menos do rendimento médio da população)

Nível nacional:

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| a) Menos de 10% | <input type="checkbox"/> |
| b) Entre 11 e 20% | <input type="checkbox"/> |
| c) Mais de 21% | <input type="checkbox"/> |

d) Informação não disponível ☐

Nível regional:

a) Menos de 10% ☐

b) Entre 11 e 20% ☐

c) Mais de 21% ☐

d) Informação não disponível ☐

5.6. Sabe se o seu país e/ou região tem legislação específica para proteger a população da discriminação (por exemplo, *agismo*, orientação sexual,...)

a) Não tenho conhecimento sobre o assunto ☐

b) Não existe nenhuma lei específica ☐

c) Existem políticas que protegem as pessoas da discriminação ☐

d) Existe legislação específica (de difícil contabilização) OU uma lei (específica) que protege as pessoas da discriminação. ☐

5.7. Na sua região, existe um sistema (ou organização) que apoia o trabalho voluntário?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em caso de resposta afirmativa, por favor forneça detalhes:

6. Ambiente físico (Eixo 6)

6.1. Na sua região, existem políticas e/ou programas para a promoção da acessibilidade e da segurança aos indivíduos mais vulneráveis?

a) Menos de 5 ☐

b) De 5 a 15 ☐

c) Mais de 15 ☐

d) Informação não disponível

☐

6.2. Na sua região, que percentagem do espaço urbano é dedicado a espaços verdes de livre acesso á população?

a) 0 a 10 %

☐

b) 11 a 25 %

☐

c) 26 a 50 %

☐

d) Mais de 50 %

☐

e) Informação não disponível

☐

Atividades lúdicas (Eixo 7)

Na sua região, que percentagem da população pratica regularmente atividade física?

a) Ninguém (Abrange 0%)

☐

b) Poucas pessoas (1-20% da população total)

☐

c) Algumas pessoas (21-50% da população total)

☐

d) A maioria das pessoas (51-80% da população total)

☐

e) Todas (ou quase todas) as pessoas (81-100% da população total)

☐

f) Informação não disponível

☐

8. Saúde mental e idosos (Eixo 8)

8.1 Na sua região, que percentagem da população acima dos 65 anos está envolvida em programas sociais e/ou atividades regulares (por exemplo: Clubes sociais, passatempos, desporto)?

- a) Programas e atividades sociais não são providenciadas para as pessoas com mais de 65 anos (Abrange 0% da população com mais de 65 anos)
- b) Programas e atividades sociais são providenciadas para poucas pessoas com mais de 65 anos (Abrange 1-20% da população com mais de 65 anos)
- c) Programas e atividades sociais são providenciadas para algumas pessoas com mais de 65 anos (Abrange 21-50% da população com mais de 65 anos)
- d) Programas e atividades sociais são providenciadas para a maioria das pessoas com mais de 65 anos (Abrange 51-80% da população com mais de 65 anos)
- e) Programas e atividades sociais são providenciadas para a totalidade (ou quase totalidade) das pessoas com mais de 65 anos (Abrange 81-100% da população com mais de 65 anos)
- f) Informação não disponível

8.2 Na sua região, que percentagem de pessoas com mais de 65 anos tem acesso a visitas domiciliárias organizadas pelos serviços de saúde e/ou pelos serviços de apoio social?

- a) A visitação domiciliária não é proporcionada para pessoas com mais de 65 anos (Abrange 0% da população com mais de 65 anos)
- b) A visitação domiciliária é proporcionada para poucas pessoas com mais de 65 anos (Abrange 1-20% da população com mais de 65 anos)
- c) A visitação domiciliária é proporcionada para algumas pessoas com mais de 65 anos (Abrange 21-50% da população com mais de 65 anos)
- d) A visitação domiciliária é proporcionada para a maioria das pessoas com mais de 65 anos (Abrange 51-80% da população com mais de 65 anos)
- e) A visitação domiciliária é proporcionada para a totalidade (ou quase totalidade) das pessoas com mais de 65 anos (Abrange 81-100% da população com mais de 65 anos)
- f) Informação não disponível

8.3. Na sua região, que percentagem de pessoas com mais de 65 anos estão em risco de pobreza? (O risco de pobreza é definido na UE como a percentagem de pessoas que têm disponível para viver menos de 60% do rendimento médio da população (Fonte: EU-SILC)) _____ %

8.4. Na sua região, que percentagem de pessoas com mais de 65 anos vive só? (Fonte possível: Eurostat) _____ %

Anexo VIII

Constituição da Comissão Social de Freguesia de Amora

Constituição da Comissão Social de Freguesia de Amora

Junta de Freguesia de Amora
Centro de Assistência Paroquial de Amora
CNAD – Cooperativa Nacional de Apoio ao Deficiente
Representante do Ministério da Educação Professora Maria Idalina Simão Oliveira
Centro de Saúde de Amora
Assembleia de Freguesia de Amora
Escola Secundária de Amora
Escola Secundária Manuel Cargaleiro
Agrupamento Vertical de Escolas Pedro Eanes Lobato
Agrupamento Vertical Escolas Terras de Larus
Agrupamento Vertical Escolas Paulo da Gama
Amora Futebol Clube
Associação Naval Amorense
Associação Deficientes Forças Armadas – Núcleo da Margem Sul
Grupo Recreativo Cultural “Cariocas Futebol Clube
Centro Cultural Desportivo das Paivas
Clube Desportivo Recreativo Águias Unidas
Clube Desportivo Recreativo do Fogueteiro
Clube Recreativo da Cruz de Pau
Grupo Desportivo Correr d’Água
Clube Desportivo “Asas do Milénium”
Grupo Desportivo Cultural e Recreativo da Quinta da Princesa
S.F.O.A.
Associação de Reformados e Idosos da Freguesia de Amora
Associação Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos de Amora
Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Fogueteiro
Associação Desportiva Cultural da Azinhaga das Paivas
Criar-T – Associação de Solidariedade
ADIME – Associação para a Defesa e Integração das Minorias étnicas de Vale de Chícharos
Clube de Canoagem de Amora
Naturais e Amigos de Cabeço de Vide
ARTES – Associação Cultural do Seixal
Corpo Nacional de Escutas
Clube Dojo Shiai – Centro de Karaté do Shotokan
Associação de Veteranos do A.F.C.
Associação dos Bombeiros Voluntários de Amora
Associação de Comproprietários do Pinhal Conde da Cunha
Os Gatos do Muxito – Associação de Moradores
Associação para o Desenvolvimento Sociocultural Desportivo de Belverde
Comissão de Utentes de Saúde do Concelho do Seixal
Casa do Educador
Paróquia da Freguesia de Amora
PSP da Cruz de Pau
Associação de Pais da Escola Paulo da Gama
Associação de Pais da Escola Secundária Manuel Cargaleiro
Associação de Pais da Escola Pedro Eanes Lobato
Associação de Pais da Escola C+S da Cruz de Pau
Associação de Pais da EB1/JI dos Foros de Amora
Grupo de Jovens Exodus
Associação Humanitária “Dá-me a tua mão”
Associação Juvenil Sócio Cultural Quinta da Princesa
Programa “Escolhas”
Associação Cabo-verdiana do Seixal
Dojo Ipon CADEQ
Óptica Maia Segurança Social – Serviço de Ação Social do Seixal

Anexo IX

Quadros e gráficos referentes à parte 3 – Discussão e interpretação dos resultados

Anexo A.9.1: Distribuição das variáveis quantitativas e ordinais: resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov (n = 697)

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov ^a	
	KS	p
Idade	0,068	0,014
Número de anos de escolaridade completos	0,136	0,000
Tempo de trabalho na atividade	0,107	0,000
Tempo médio de horas semanais	0,319	0,000
Quanto gasta em deslocações/dia (minutos)	0,258	0,000
Como se sente relativamente ao seu trabalho	0,355	0,000
Como se sente relativamente á sua situação financeira	0,264	0,000
Como sente as suas condições de habitação	0,363	0,000
Como se sente relativamente á sua família	0,344	0,000
Distância social - Estrangeiros	0,290	0,000
Distância social - Etnia	0,344	0,000
Distância social - Doente mental	0,352	0,000
Como considera o seu estado de saúde	0,272	0,000
Energia e vitalidade	0,340	0,000
Qualidade de vida	0,308	0,000
Sente segurança no bairro onde vive	0,250	0,000
Dias de baixa por motivos de saúde	0,420	0,000
Tempo semanal de atividade física (horas)	0,309	0,000
(minutos)	0,192	0,000
OSS_3 (Suporte social)	0,117	0,000
IMC (Índice de massa corporal)	0,069	0,011
AUDIT (Consumo de álcool)	0,221	0,000
MHI 5 (Saúde mental)	0,161	0,000
SoC_comp (Capacidade de compreensão)	0,077	0,002
SoC_gestao (capacidade de gestão)	0,067	0,015
SoC_invest (capacidade de investimento)	0,085	0,000
SoC_final (Sentido de coerência)	0,050	0,200*
S_SES (índice socioeconómico)	0,072	0,007
Idade (Professores)	0,103	0,000
Anos de atividade docente (Professores)	0,082	0,003

* Distribuição normal (p <0,05)

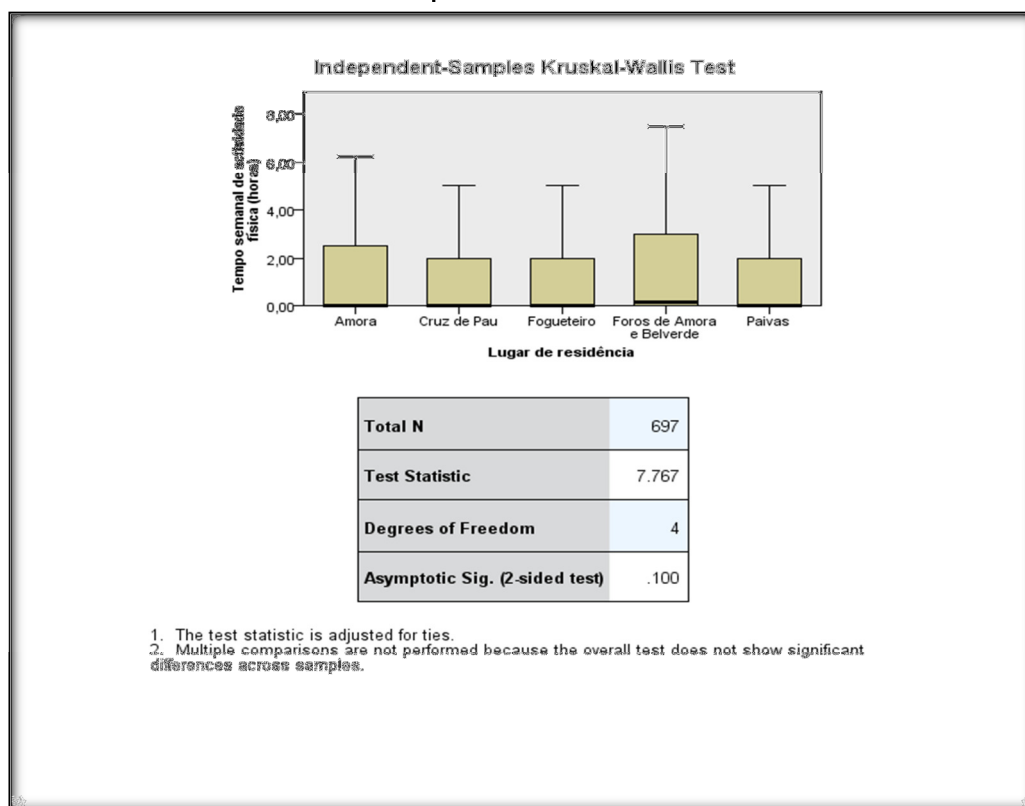
Anexo A.9.2: Espaços verdes por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Espaço verde	Caracterização sumária do espaço verde	Área (m ²)
Amora	Frente Ribeirinha da Amora	Situada no núcleo antigo da Amora, esta frente ribeirinha enquadra-se numa zona histórica de bonitas casas e onde se podem encontrar vários serviços e restauração. Possui uma magnífica vista sobre a Arrentela e o Seixal, sendo um local ideal para passear e descansar à beira rio.	3.700
	Quinta do Cruzeiro	Neste momento o jardim ainda não tem muita sombra, nem é muito verdejante, mas tem muitas árvores plantadas que prometem um espaço verde com muita sombra.	7.080
Foros de Amora e Belverde	Jardim do Fanqueiro	Trata-se de um jardim de enquadramento. O jardim caracteriza-se pelo grande espaço relvado que apenas é atravessado por uma zona pedonal. Nesta zona é possível encontrar bancos.	2.125
	Parque urbano do Fanqueiro	Neste espaço é possível encontrar um parque infantil e uma zona relvada com pouca sombra.	10.665
Cruz de Pau	Parque municipal do serrado	Este parque é um dos maiores espaços verdes do concelho. Possui diversos jardins relvados e floridos. Todo o parque é rodeado por um circuito de manutenção. No parque é possível encontrar um parque infantil e uma zona com bancos e mesas com muita sombra. O parque dispõe de segurança e apenas está aberto durante o dia.	19.010
	Parque das galeguinhas	Situado numa zona do Concelho de grande densidade populacional, este parque assume-se como um verdadeiro ponto de refúgio no meio do bulício da cidade. A proximidade com as Piscinas da Amora e a existência de um Parque infantil, fazem deste parque um bom local para os jovens e crianças. Possui uma fonte cibernética na sua cota mais baixa que anima este espaço fornecendo som e frescura	9.200
Paivas	Jardim 5 de Junho	É um jardim de enquadramento que fica em frente ao Centro Comercial de Amora. Neste jardim é possível encontrar uma zona relvada com árvores e diversos bancos.	1.760
	Parque urbano das Paivas	O Parque Urbano das Paivas foi construído em 1990, constituindo-se actualmente como um dos importantes espaços verdes do Concelho. Com os seus extensos relvados, zonas arborizadas e percursos com bancos é o local ideal para passear, ler, brincar e conversar. Tem ainda um lago que refresca o ambiente nos dias quentes de Verão. Existem vários equipamentos dentro do parque e nas suas imediações localiza-se algum comércio, restauração e serviços. Na sua área de influência situam-se também três escolas.	25.000
Total			78.540

Anexo A.9.3: Estruturas desportivas por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Estruturas	Modalidades	Número
Amora	Pavilhão Desportivo Escolar Pedro Eanes Lobato	Trampolins Aeróbica Badminton Capoeira Voleibol Andebol Basquetebol Futsal Aikido Taekwondo Ginástica de manutenção Ginástica rítmica desportiva Ginástica formativa Karaté	3
	Polidesportivo Municipal Soeiro Pereira Gomes	Andebol Futsal Basquetebol	
	Polidesportivo Municipal da Quinta da Medideira	Andebol Basquetebol Futsal	
Cruz de Pau	Complexo Municipal de Atletismo Carla Sacramento	Atletismo	2
	Piscina Municipal de Amora	Natação	
Paivas	(...)	(...)	0
Fogueteiro	Pavilhão Desportivo Escolar Manuel Cargaleiro	Andebol Badminton Basquetebol Futsal Taekwondo Trampolins Voleibol Judo Karaté Aikido Aeróbica Judo Capoeira Ginástica formativa Ginástica de manutenção Ginástica rítmica desportiva	2
	Polidesportivo Municipal Azinhaga do Roque	Andebol Basquetebol Futsal	
Foros de Amora e Belverde	(...)	(...)	0
Total			7

Anexo A.9.4: Resultados do teste de Kruskal-Wallis *tempo de exercício físico semanal por área de residência*



Anexo A.9.5: Estatísticas descritivas e teste de Qui-quadrado *inscrição numa federação desportiva por área de residência*

Lugar de residência		Inscrição numa federação desportiva		Total
		Sim	Não	
Amora	n	11	168	179
	% Lugar de residência	6,1%	93,9%	100,0%
Cruz de Pau	n	15	185	200
	% Lugar de residência	7,5%	92,5%	100,0%
Fogueteiro	n	5	77	82
	% Lugar de residência	6,1%	93,9%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	13	133	146
	% Lugar de residência	8,9%	91,1%	100,0%
Paivas	n	3	87	90
	% Lugar de residência	3,3%	96,7%	100,0%
Total	n	47	650	697
	% Lugar de residência	6,7%	93,3%	100,0%
$X^2 = 3,086$; $P = 0,543$				

Anexo A.9.6: Associações desportivas por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Associação desportiva	Modalidades	Número
Amora	Amora Futebol Clube	Andebol Atletismo Futebol 11 Futebol 7 Futsal Voleibol	2
	Associação Naval Amorense	Canoagem Natação Triatlo Vela	
Cruz de Pau	(...)	(...)	0
Fogueteiro	(...)	(...)	0
Foros de Amora e Belverde	(...)	(...)	0
Paivas	Associação Desportiva e Cultural Azinhaga das Paivas	Dança do ventre Futsal Ginástica de manutenção Jogos tradicionais	1
Total			3

Anexo A.9.7: Jardins-de-infância por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Jardins-de-infância	Número
Amora	(...)	0
Cruz de Pau	Externato "Aladino" Jardim-de-Infância Infante D. Augusto Jardim-de-Infância da Quinta da Medideira Jardim-de-Infância da Quinta da Princesa Jardim-de-Infância da Quinta das Inglesinhas Jardim-de-Infância da Quinta de Santo António	6
Fogueteiro	Jardim-de-Infância do Fogueteiro	1
Foros de Amora e Belverde	Jardim-de-Infância dos Foros de Amora	1
Paivas	Jardim-de-Infância da Quinta das Sementes Jardim-de-Infância da Quinta do Conde de Portalegre	2
Total		10

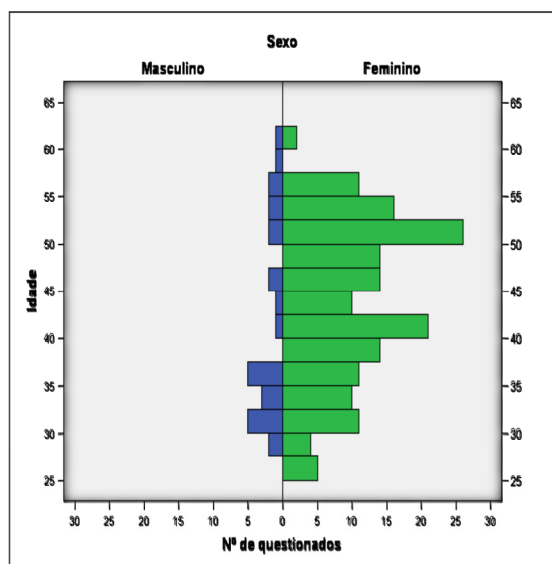
Anexo A.9.8: Escolas do 1º ciclo do ensino básico por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Escolas do 1º ciclo do ensino básico	Número
Amora	Escola Básica de Amora Escola Básica da Quinta da Princesa	2
Cruz de Pau	Escola Básica da Quinta de Santo António Escola Básica da Quinta das Inglesinhas Escola Básica da Quinta da Medideira Escola Básica Infante D. Augusto	4
Fogueteiro	Escola Básica do Fogueteiro	1
Foros de Amora e Belverde	Escola Básica dos Foros de Amora	1
Paivas	Escola Básica das Paivas Escola Básica da Quinta das Sementes Escola Básica da Quinta do Conde de Portalegre	3
Total		11

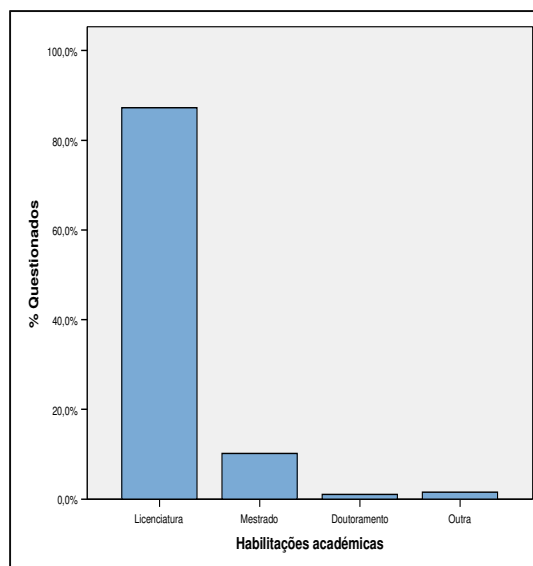
Anexo A.9.9: Escolas do 2º e 3º ciclo, secundárias e profissionais por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Estruturas escolares	Número
Amora	Escola Básica Pedro Eanes Lobato	1
Cruz de Pau	Escola Básica Paulo da Gama Escola Básica de Cruz de Pau Escola Secundária de Amora Centro de Formação Profissional do Seixal	4
Fogueteiro	Escola Secundária Manuel Cargaleiro	1
Foros de Amora e Belverde	(...)	0
Paivas	(...)	0
Total		6

Anexo A.9.10: Pirâmide etária da amostra
Professores



Anexo A.9.11: Percentagem de
professores por habilitação
académica



Anexo A.9.12: Estatísticas descritivas e teste de Qui-quadrado temática saúde mental no CV por nível de ensino de exercício

Nível de ensino em que exerce actividade docente		Temáticas relacionadas com a saúde mental no curriculum académico		Total
		Sim	Não	
Pré-escolar	n	5	7	12
	% nível de ensino	41,7%	58,3%	100,0%
1º ciclo	n	20	32	52
	% nível de ensino	38,5%	61,5%	100,0%
2º ciclo	n	3	35	38
	% nível de ensino	7,9%	92,1%	100,0%
3º ciclo	n	7	45	52
	% nível de ensino	13,5%	86,5%	100,0%
Secundário	n	11	31	42
	% nível de ensino	26,2%	73,8%	100,0%
Total	n	46	150	196
	% nível de ensino	23,5%	76,5%	100,0%

$$X^2=16924^*; p=0,002$$

* Significativo ($p < 0,01$)

Anexo A.9.13: Estatística descritiva *carga horária atribuída às temáticas relacionadas com a saúde mental* na formação académica dos professores (horas)

n	46
μ	66,00
Med	50,00
Mo	50,00(a)
δ	73,814
Mínimo	2,00
Máximo	300,00
Quartis	25
	50
	75

Anexo A.9.14: Estatísticas descritivas e teste de Qui-quadrado da inclusão de atividades de promoção da saúde mental no curriculum escolar por nível de ensino

Nível de ensino		Inclusão de atividades de promoção da saúde mental no curriculum escolar		Total
		Sim	Não	
Pré-escolar	n	2	10	12
	% nível de ensino	16,7%	83,3%	100,0%
1º ciclo	n	9	43	52
	% nível de ensino	17,3%	82,7%	100,0%
2º ciclo	n	7	31	38
	% nível de ensino	18,4%	81,6%	100,0%
3º ciclo	n	12	40	52
	% nível de ensino	23,1%	76,9%	100,0%
Secundário	n	21	21	42
	% nível de ensino	50,0%	50,0%	100,0%
Total	n	51	145	196
	%	26,0%	74,0%	100,0%

$X^2=16516^*$; $p=0,002$

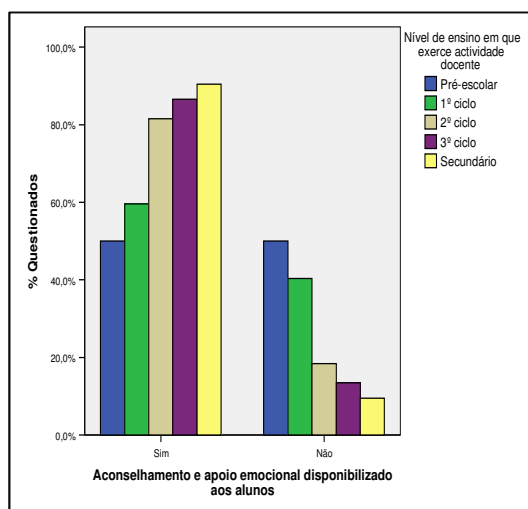
* Significativo ($p < 0,01$)

Anexo A.9.15: Estatísticas descritivas da carga horária atribuída às actividades de promoção da saúde mental (em horas)

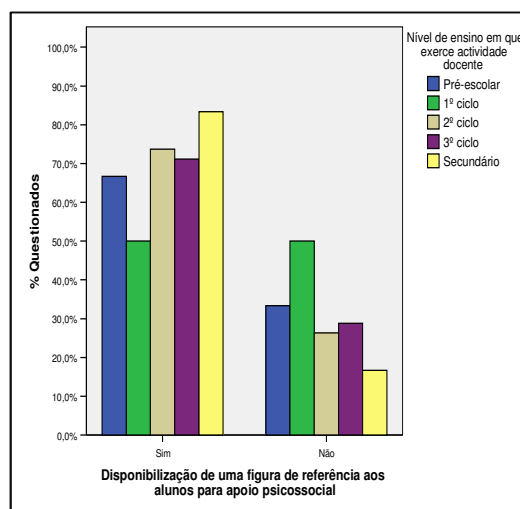
n	12
μ	15,75
Med	12,0000
Mo	4,00(a)
δ	15,20840
Mínimo	,00
Máximo	45,00
Quartis	25
	50
	75

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

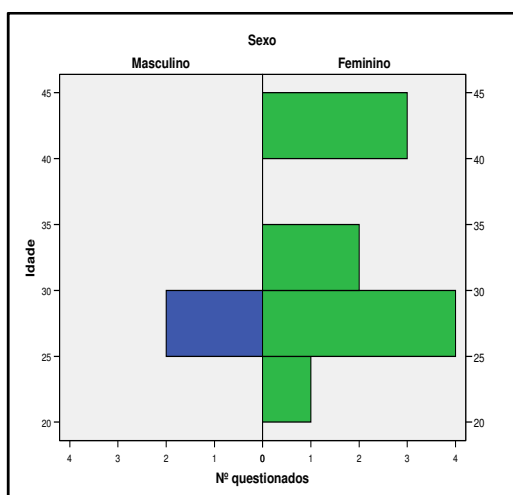
Anexo A.9.16: Gráfico de barras aconselhamento e apoio emocional disponibilizado aos alunos por nível de ensino



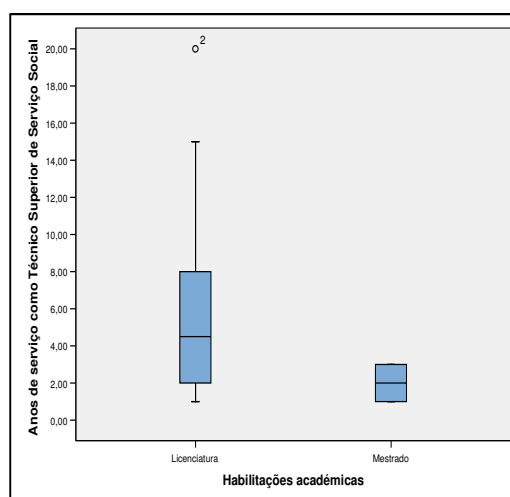
Anexo A.9.17: Gráfico de barras disponibilização de uma figura de referência aos alunos para apoio psicossocial por nível de ensino



Anexo A.9.18: Pirâmide etária da amostra TSSS



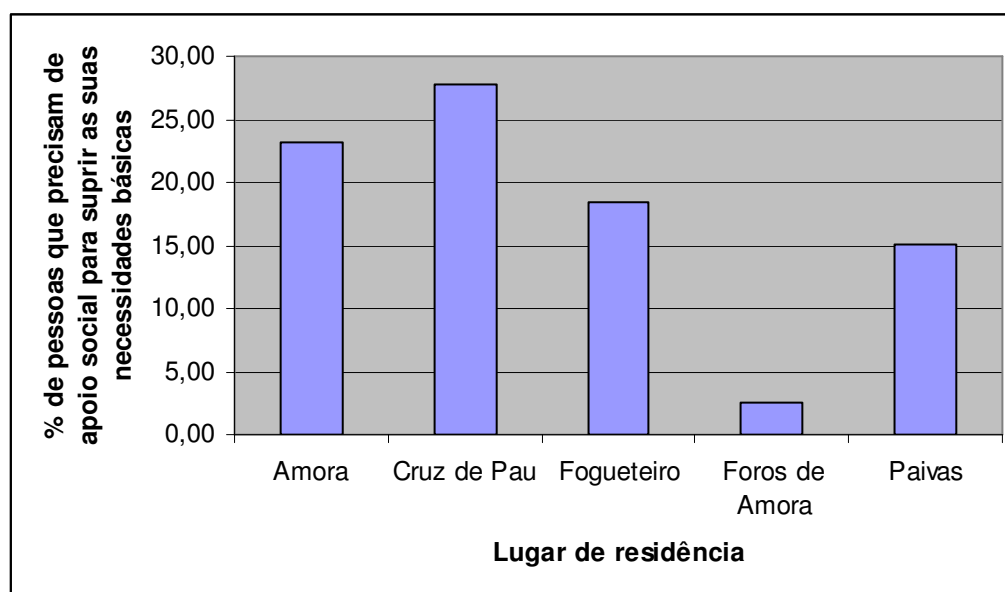
Anexo A.9.19: Caixa de bigodes TSSS por habilitação académica



Anexo A.9.20: Estatística descritiva *carga horária atribuída às temáticas relacionadas com a saúde mental* na formação académica dos TSSS (horas)

n	12
μ	176,88
Med	30,00
Mo	30,00(a)
σ	413,909
Mínimo	5,00
Máximo	1200,00
Quartis	25 12,50
	50 30,00
	75 60,00

Anexo A.9.21: Percentagem de pessoas que precisam de apoio psicossocial para suprir as suas necessidades básicas por área de residência na opinião dos TSSS



Anexo A.9.22: Estruturas de formação de adultos por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Estruturas de formação de adultos	Número
Amora	Uniseixal - Universidade Sénior do Seixal	1
Cruz de Pau	(...)	0
Fogueteiro	(...)	0
Foros de Amora e Belverde	(...)	0
Paivas	Associação Luz da Vida (ensino de Braille)	1
Total		2

Anexo A.9.23: Estruturas culturais por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Estruturas culturais	Número
Amora	Biblioteca Municipal do Seixal - Núcleo de Amora Animateatro - Associação de Teatro e Animação do Seixal Associação de Artes e Ofícios do Concelho do Seixal	3
Cruz de Pau	(...)	0
Fogueteiro	(...)	0
Foros de Amora e Belverde	(...)	0
Paivas	ARTES - Associação Cultural do Seixal	1
Total		4

Anexo A.9.24: Estruturas de apoio aos idosos e deficientes por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Estruturas de apoio a idosos e deficientes	Número
Amora	Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Amora	1
Cruz de pau	Associação de Reformados e Idosos da Freguesia de Amora Associação dos Deficientes das Forças Armadas - Delegação do Seixal	2
Fogueteiro	Associação de Surdos do Concelho do Seixal CNAD - Cooperativa Nacional de Apoio a Deficientes	2
Foros de Amora e Belverde	(...)	0
Paivas	Associação Mutualista Montepio Geral Associação Instituto Novo Ser	2
Total		7

Anexo A.9.25: Estruturas de ação social por área urbana na cidade de Amora

Área urbana	Estrutura de ação social	Número
Amora	Centro de Assistência Paroquial de Amora A.P.P.S.H.O. - Associação Portuguesa Promotora de Saúde e Higiene Oral	2
Cruz de Pau	Associação Juvenil "Esperança" Associação Caboverdiana do Seixal Associação de Bombeiros Voluntários de Amora	3
Fogueteiro	Espaço Cidadania Associação Cultural e Recreativa São Tomé e Príncipe	2
Foros de Amora e Belverde	AMIDS - Associação Multidisciplinar para a Inclusão e Desenvolvimento Sustentável Associação Luso Brasileira - Casa Grande	2
Paivas	(...)	0
Total		9

Anexo A.9.26: Distribuição geográfica de farmácias na cidade de Amora

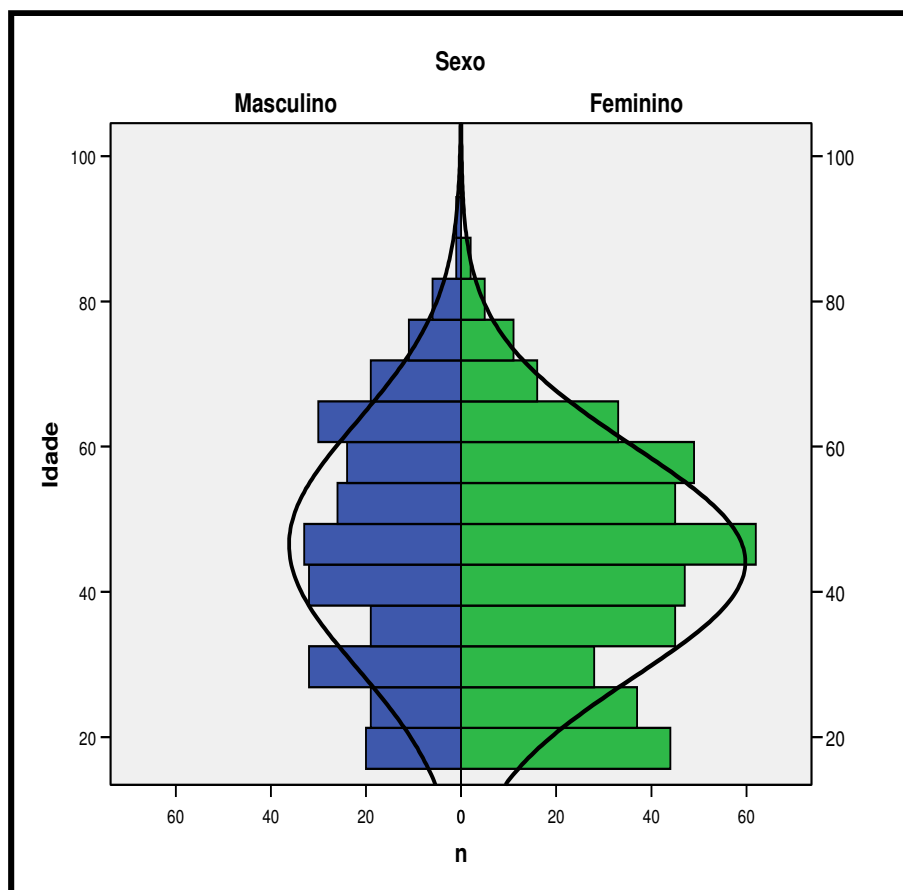


Anexo A.9.27: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *sexo* por *área de residência* e teste de *Kruskal-Wallis idade* por *área de residência*

Lugar de Residência	Masculino		Feminino		Total		Idade
	n	%	n	%	n	%	μ (+/- σ)
Amora	67	37,43	112	62,57	179	100,00	46,49 (+/-16,129)
Cruz de Pau	86	43,00	114	57,00	200	100,00	42,69 (+/-17,307)
Fogueteiro	26	31,71	56	68,29	82	100,00	43,85 (+/-17,631)
Foros de Amora e Belverde	5	40,4	87	59,59	146	100,00	47,75 (+/-14,657)
Paivas	35	38,89	55	61,11	90	100,00	44,23 (+/-15,391)
Total	273	39,17	424	60,83	697	100,00	45,06 (+/-16,350)
	$X^2 = 3,473$; $p = 0,482$						$H = 9,623^*$ $p = 0,047$

* Significativo ($p < 0,05$)

Anexo A.9.28: Pirâmide etária por sexo da amostra *população*



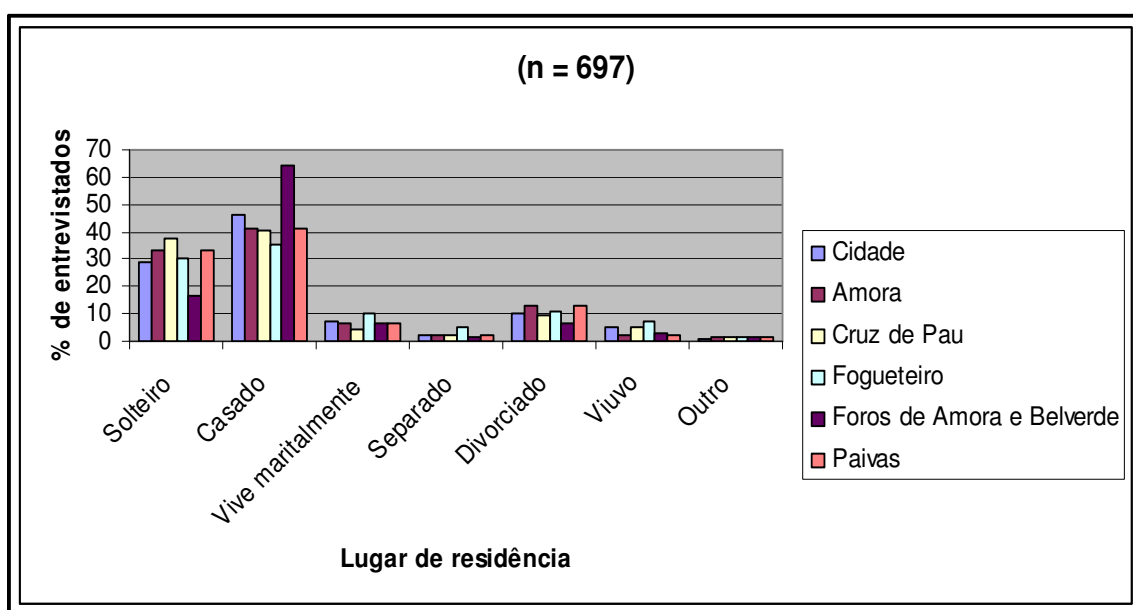
Anexo A.9.29: Estatística descritiva e teste de Qui quadrado *estado civil por área de residência*

Lugar de residência	Amora		Cruz de Pau		Fogueteiro		Foros de Amora e Belverde		Paivas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado civil												
Solteiro	46	23,00	75	37,50	25	12,50	24	12,00	30	15,00	200	100,00
Casado	82	25,39	81	25,08	29	8,98	94	29,10	37	11,46	323	100,00
Vive maritalmente	17	34,69	8	16,33	8	16,33	10	20,41	6	12,24	49	100,00
Separado	3	20,00	4	26,67	4	26,67	2	13,33	2	13,33	15	100,00
Divorciado	20	28,57	19	27,14	9	12,86	10	14,29	12	17,14	70	100,00
Viúvo	11	33,33	10	30,30	6	18,18	4	12,12	2	6,06	33	100,00
Outro	0	0,00	3	42,86	1	14,29	2	28,57	1	14,29	7	100,00
Total	179	25,68	200	28,69	82	11,76	146	20,95	90	12,91	697	100,00
Moda	Casado		Casado		Casado		Casado		Casado		Casado	

$\chi^2 = 46,991^*$; $p = 0,003$

* Significativo ($p < 0,01$)

Anexo A.9.30: Gráfico de barras *estado civil por área de residência*

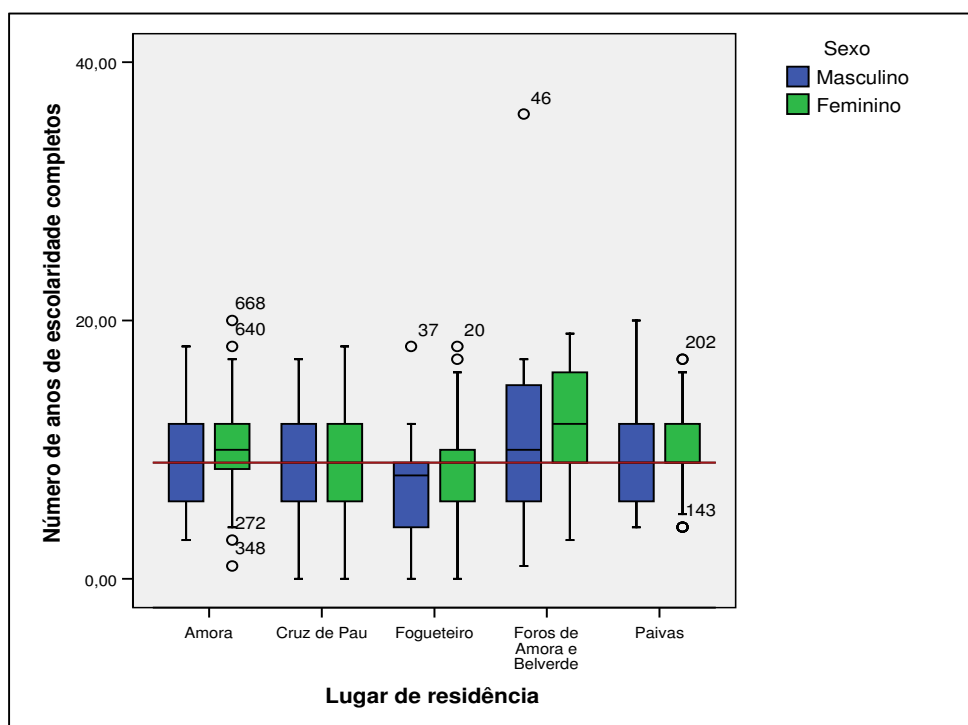


Anexo A.9.31: Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis *anos de escolaridade por sexo e área de residência*

Sexo	Masculino				Feminino				Total			
Lugar de residência	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max
Amora	9,35	3,756	3	18	10,08	4,251	1	20	9,82	4,086	1	20
Cruz de Pau	9,44	4,368	0	17	9,47	4,088	0	18	9,46	4,189	0	18
Fogueteiro	7,29	4,186	0	18	8,40	3,858	0	18	8,01	3,980	0	18
Foros de Amora e Belverde	10,65	5,87	1	36	12,20	4,315	3	19	11,57	5,043	1	36
Paivas	9,53	4,100	4	20	9,78	3,513	4	17	9,68	3,723	4	20
Total	9,46	4,626	0	36	10,08	4,220	0	20	9,84	4,385	0	36
Kruskal-Wallis	H=7,774				H=27,976*				H=30,018*			
	p=0,100				p<0,001				p<0,001			

* Significativo (p < 0,001)

Anexo A.9.32: Caixa de bigodes anos de escolaridade por sexo e área de residência



A Linha de referência indica o nº de anos de escolaridade obrigatória (9 anos)

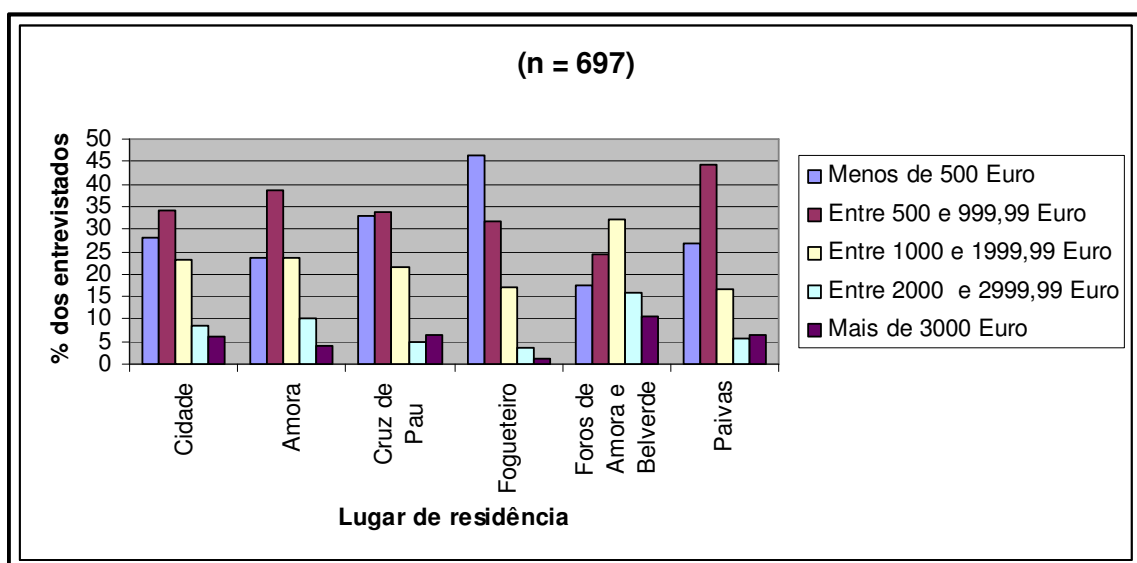
Anexo A.9.33: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado da população por rendimento mensal familiar e área de residência

Lugar de residência	Amora		Cruz de Pau		Fogueteiro		Foros de Amora e Belverde		Paivas		Total	
Rendimento mensal	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 500 Euro	43	21,94	66	33,67	38	19,39	25	12,76	24	12,24	196	100,0
Entre 500 e 999,99 Euro	69	28,87	68	28,45	26	10,88	36	15,06	40	16,74	239	100,00
Entre 1000 e 1999,99 Euro	42	26,25	43	26,88	14	8,75	46	28,75	15	9,38	160	100,00
Entre 2000 e 2999,99 Euro	18	30,51	10	16,95	3	5,08	23	38,98	5	8,47	59	100,00
Mais de 3000 Euro	7	16,28	13	30,23	1	2,33	16	37,21	6	13,95	43	100,00
Total	179	25,68	200	28,69	82	11,76	146	20,95	90	12,91	697	100,00
Moda	500-999,9		500-999,9		Menos 500		1000-1999,9		500-999,9		500-999,9	

$\chi^2 = 60,110^*$; $p < 0,001$

* Significativo ($p < 0,001$)

Anexo A.9.34: Gráfico de barras da população por *rendimento mensal familiar e área de residência*



Anexo A.9.35: Estatística descritiva e teste de Kruskal-wallis da população por *satisfação com a situação financeira por rendimento mensal familiar e área de residência*

Rendimento mensal familiar	Menos de 500		500 a 999,9		1000 a 1999,9		2000 a 2999,9		Mais de 3000		Total	
Lugar de residência	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ
Amora	1,86	0,833	2,32	0,931	2,95	0,962	3,67	0,540	2,57	1,130	2,50	1,041
Cruz de Pau	2,2	1,098	2,44	0,920	3,00	1,000	3,0	1,135	4,00	0,707	2,66	1,091
Fogueteiro	1,92	0,882	2,54	1,06	2,79	0,188	2,67	1,155	2,00	0,00	2,29	1,048
Foros de Amora e Belverde	2,32	0,945	2,42	1,052	3,02	1,043	2,87	0,968	3,56	0,892	2,79	1,065
Paivas	2,00	1,142	2,58	0,844	2,13	0,990	3,20	1,095	3,83	0,983	2,47	1,073
Total	2,10	1,002	2,44	0,945	2,89	1,038	3,19	0,955	3,53	1,008	2,58	1,073
Kruskal-Wallis	H=7,543		H=2,558		H=9,864*		H=7,923		H=10,576*		H=14,432**	
	p=0,110		p=0,634		p=0,043		p=0,094		p=0,032		p=0,006	

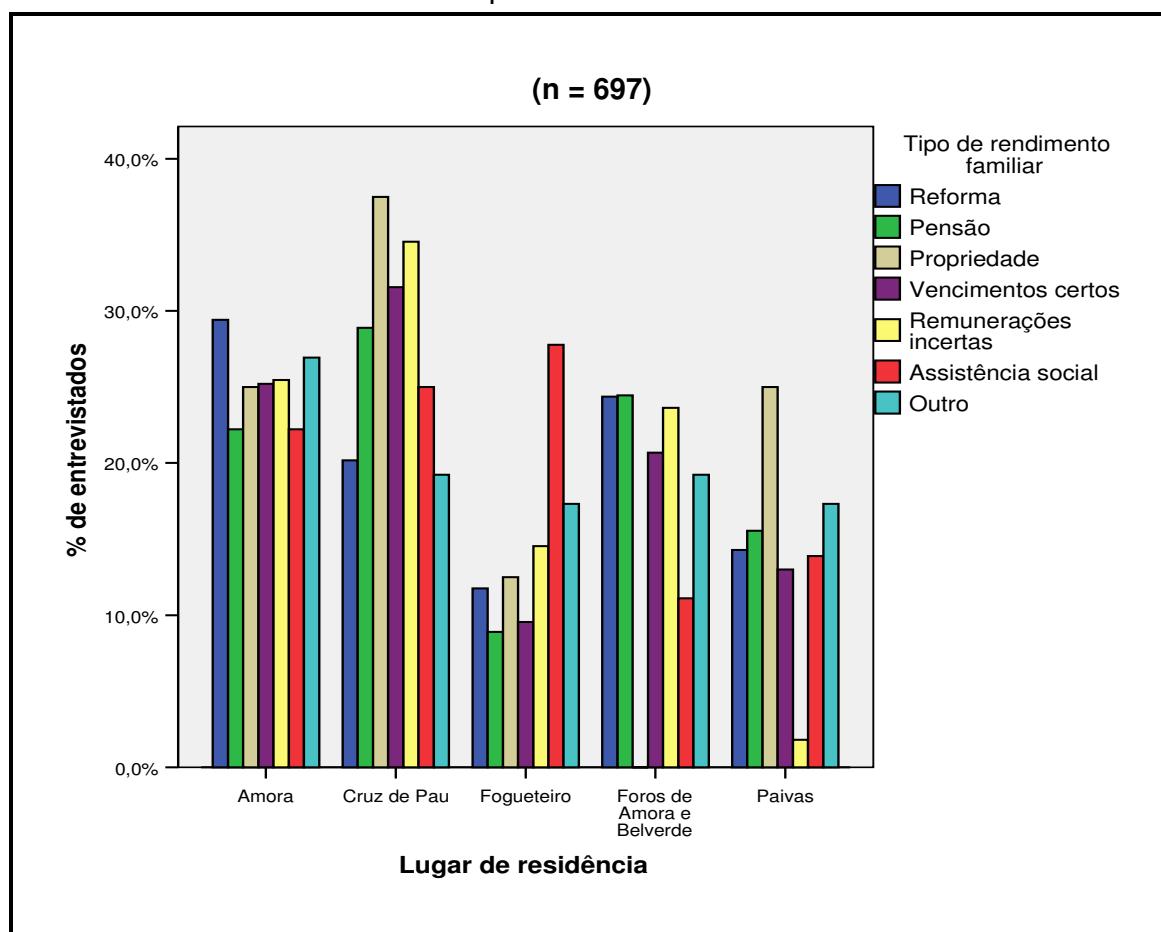
* Significativo (p < 0,05)

** Significativo (p < 0,01)

Anexo A.9.36: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado da população *tipo de rendimento mensal familiar por área de residência*

Lugar de residência	Amora		Cruz de Pau		Fogueteiro		Foros de Amora e Belverde		Paivas		Total	
Tipo de rendimento	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Reforma	35	29,41	24	20,17	14	11,76	29	24,37	17	14,29	119	100,00
Pensão	10	22,22	13	28,89	4	8,89	11	24,44	7	15,56	45	100,00
Propriedade	2	25,00	3	37,50	1	12,50	0	0,00	2	25,00	8	100,00
Vencimentos certos	95	25,20	119	31,56	36	9,55	78	20,69	49	13,00	377	100,00
Remunerações incertas	14	25,00	19	33,93	8	14,29	14	25,00	1	1,79	56	100,00
Assistência social	9	23,68	10	26,32	10	26,32	4	10,53	5	13,16	38	100,00
Outro	14	25,93	12	22,22	9	16,67	10	18,52	9	16,67	54	100,00
Total	179	25,68	200	28,69	82	11,76	146	20,95	90	12,91	697	100,00
Moda	V. certos		V. certos		V. certos		V. certos		V. certos		V. certos	
X ² =29,273; p = 0,210												

Anexo A.9.37: Gráfico de barras da população tipo de rendimento mensal familiar por área de residência

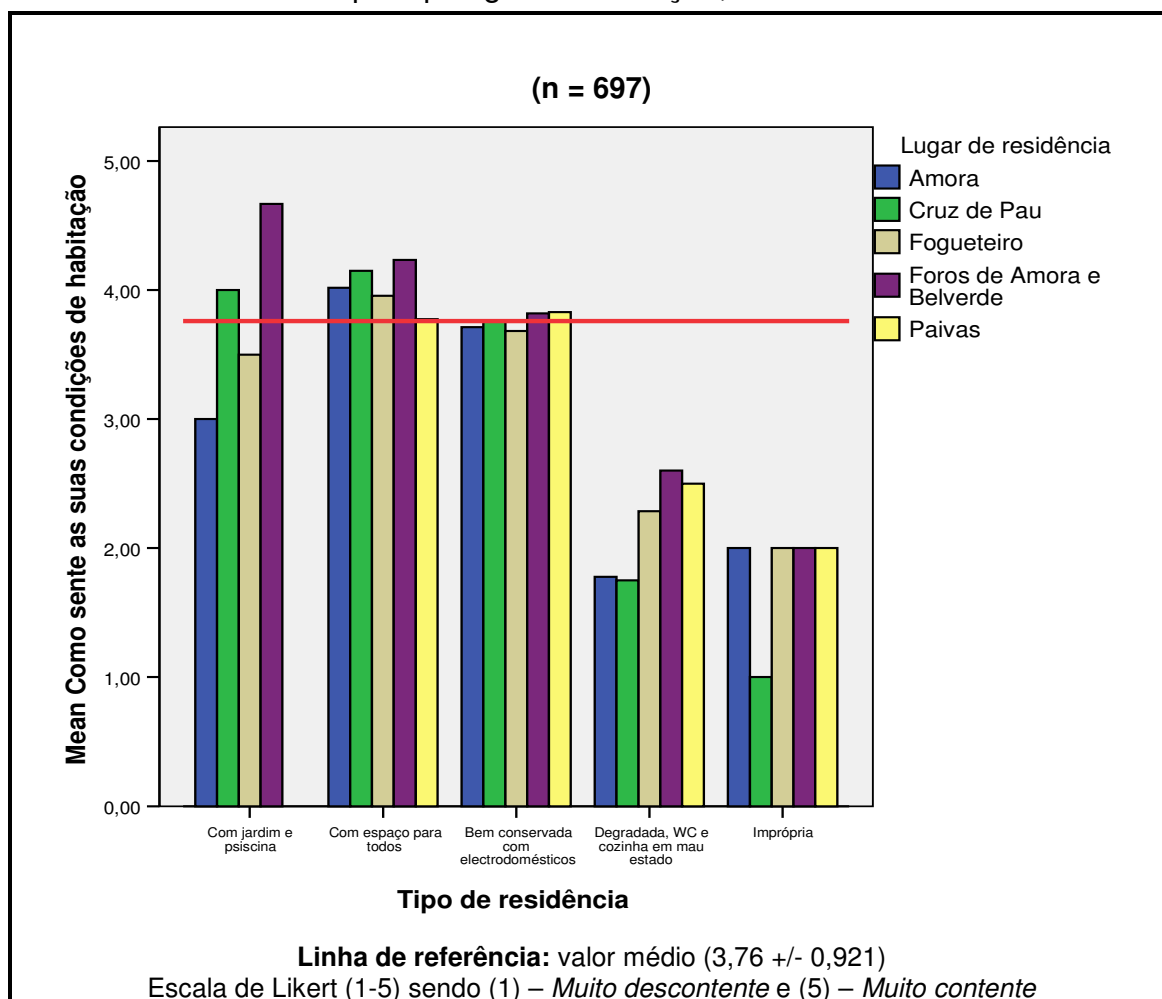


Anexo A.9.38: Estatística descritiva e teste de Kruskal-wallis da população *satisfação com as condições habitacionais por tipologia de habitação, e área de residência*

Tipo de residência	Com jardim e piscina		Com espaço para todos		Bem conservada (...)		Degradada (...)		Imprópria		Total	
Lugar de residência	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ
Amora	3,00	0,000	4,00	1,414	3,50	2,121	4,67	0,500	0,00	0,000	4,18	1,074
Cruz de Pau	4,02	0,607	4,15	0,594	3,95	0,950	4,23	0,645	3,78	0,832	4,08	0,69
Fogueteiro	3,71	0,698	3,76	0,800	3,68	0,879	3,82	0,786	3,83	0,702	3,75	0,761
Foros de Amora e Belverde	1,78	0,667	1,80	0,862	2,29	0,914	2,60	0,894	2,33	0,577	2,07	0,854
Paivas	2,00	1,414	1,00	0,000	2,00	1,000	2,00	1,414	0,00	0,000	1,78	0,972
Total	3,69	0,836	3,75	0,982	3,45	1,113	4,05	0,816	3,76	0,798	3,76	0,921
Kruskal Wallis	H=48,295*		H=59,689*		H=25,088*		H=31,173*		H=8,241*		H=171,546*	
	p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	

* Significativo (p <0,001)

Anexo A.9.39: Gráfico de barras da população *satisfação com as condições habitacionais por tipologia de habitação, e área de residência*



Anexo A.9.40: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado do *nível socioeconômico* da população por *área de residência*

Nível socioeconômico		Lugar de residência					Total
		Amora	Cruz de Pau	Fogueteiro	Foros de Amora e Belverde	Paivas	
Alto Nível SE	n	14	15	5	28	8	70
	% Lugar de residência	7,8%	7,5%	6,1%	19,2%	8,9%	10,0%
Médio nível SE	n	108	101	27	89	47	372
	% Lugar de residência	60,3%	50,5%	32,9%	61,0%	52,2%	53,4%
Baixo nível SE	n	57	84	50	29	35	255
	% Lugar de residência	31,8%	42,0%	61,0%	19,9%	38,9%	36,6%
Total	n	179	200	82	146	90	697
	% Lugar de residência	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 52,970^*$; $p = <0,001$

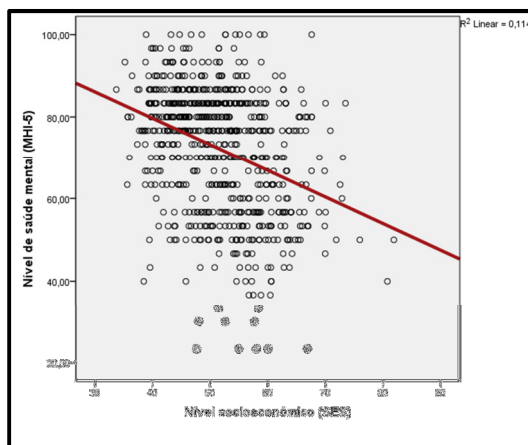
* Significativo ($p < 0,001$)

Anexo A.9.41: Teste de correlação de Spearman *nível socioeconômico* da população e *nível de saúde mental* na cidade de Amora e por *área de residência*

Lugar de residência	n	rho	p
Amora	179	- 0,290*	< 0,001
Cruz de P	200	- 0,311*	< 0,001
Fogueteiro	82	- 0,351*	< 0,001
Foros de Amora e Belverde	146	- 0,341*	< 0,001
Paivas	90	- 0,335*	< 0,001
Total	697	- 0,335*	< 0,001

* Significativo ($p < 0,001$)

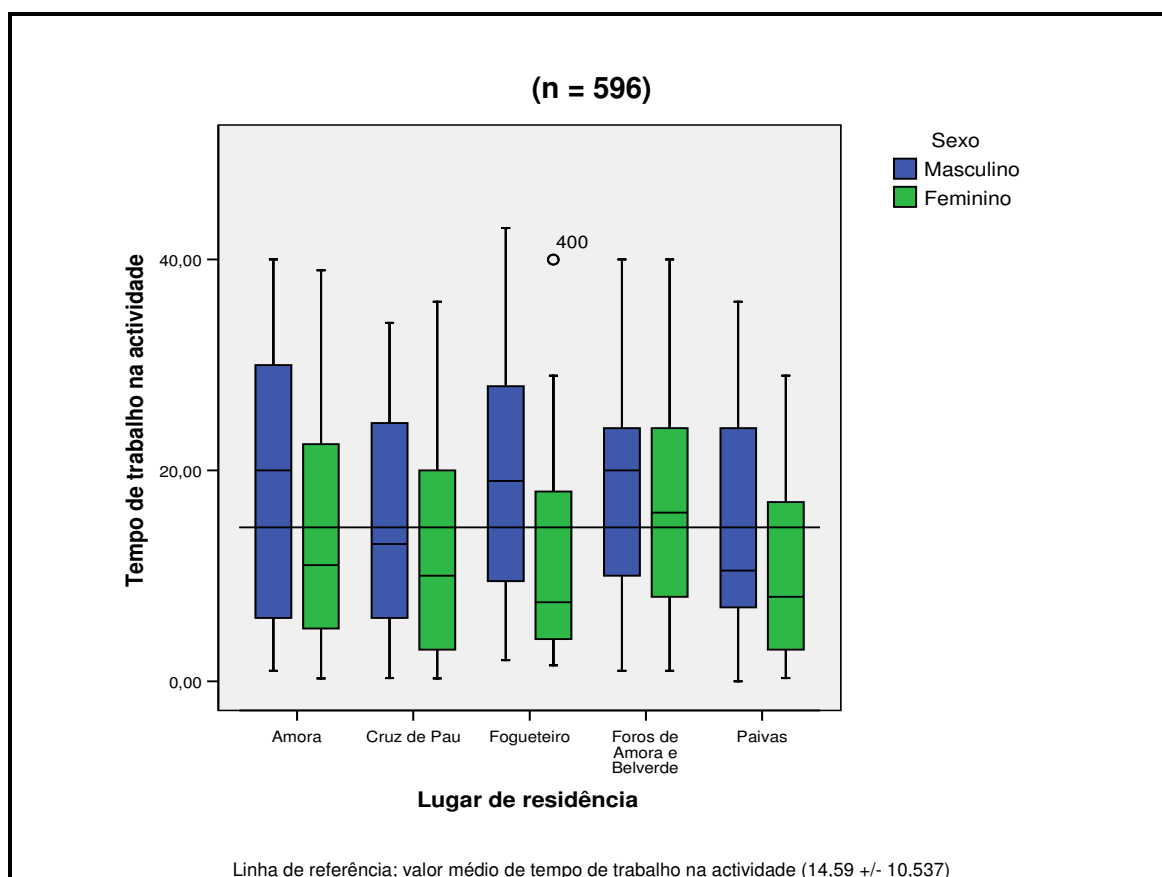
Anexo A.9.42: Reta de regressão *nível socioeconômico* da população e *nível de saúde mental* na cidade de Amora



Anexo A.9.43: Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis do *tempo médio de trabalho na atividade por sexo e lugar de residência*

Sexo	Masculino				Feminino				Total			
Lugar de residência	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max
Amora	17,62	12,305	1	40	13,45	9,986	0,25	39	14,99	11,018	0,25	40
Cruz de P	14,73	10,507	0,3	34	12,10	10,012	0,25	36	13,46	10,187	0,25	36
Fogueteiro	19,83	11,823	2	43	12,48	11,605	1,5	40	15,07	12,043	1,5	4
Foros de Amora e Belverde	17,36	9,678	1	40	16,35	10,409	1	40	16,66	10,136	1	40
Paivas	14,72	10,249	0	36	10,50	8,291	0,3	29	12,27	9,286	0	36
Total	16,56	10,959	0	43	13,53	10,166	0,25	40	14,60	10,537	0	43
Kruskal-Wallis	H=2,790				H=6,941				H=6,692			
	p=0,594				p=0,139				p=0,153			

Anexo A.9.44: Caixa de bigodes do tempo médio de trabalho na atividade por sexo e lugar de residência



Anexo A.9.45: Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis população por *tempo de trabalho semanal, por sexo e área de residência*

Sexo	Masculino				Feminino				Total			
Lugar de residência	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max
Amora	41,66	12,236	8	72	35,89	11,413	7	70	38,03	11,995	7	72
Cruz de Pau	40,14	8,533	18	70	37,16	8,066	10	60	38,17	8,309	10	70
Fogueteiro	41,33	5,97	32	0	34,29	11,376	8	55	36,85	10,8	8	55
Foros de Amora e Berverde	39,28	8,468	15	60	38,71	9,773	20	84	38,89	9,335	15	84
Paivas	39,41	2,852	35	45	41,75	16,149	15	109	40,78	12,433	15	109
Total	40,43	9,005	8	72	37,39	10,830	7	109	38,47	10,313	7	109
Kruskal-Wallis	H=3,028				H=3,707				H=3,281			
	p=0,553				p=0,447				p=0,512			

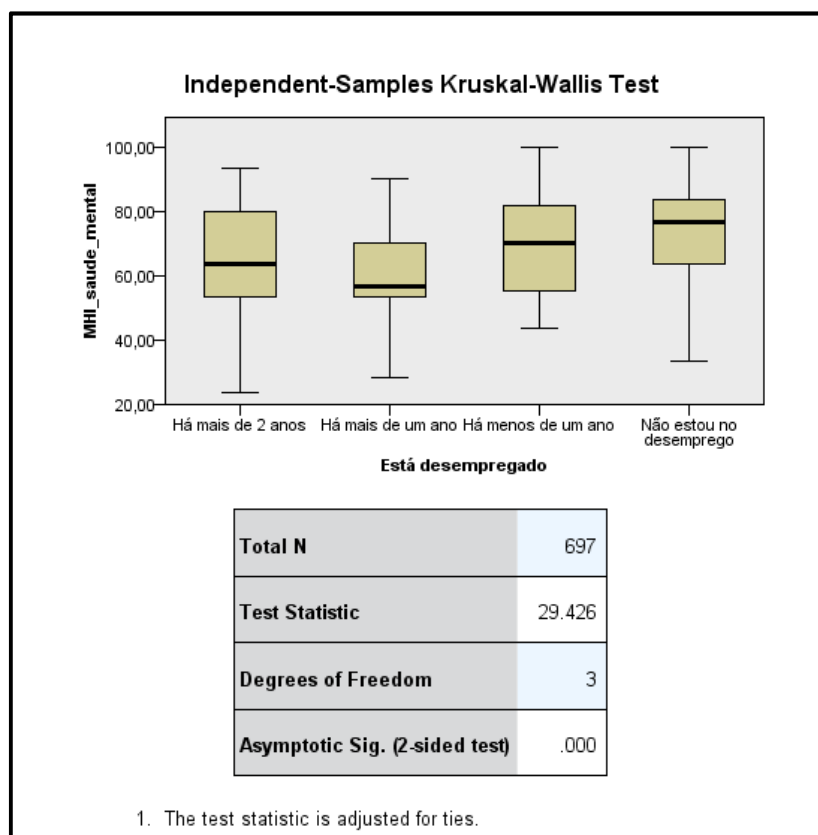
Anexo A.9.46: Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis população por *tempo de deslocação para o trabalho, por sexo e área de residência*

Sexo	Masculino				Feminino				Total			
Lugar de residência	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max
Amora	33,95	36,002	0	180	38,41	50,051	0	240	36,70	45,032	0	240
Cruz de Pau	56,31	56,880	0	240	38,81	44,008	0	240	44,75	49,198	0	240
Fogueteiro	28,18	19,783	5	60	39,27	32,104	0	120	35,58	28,755	0	120
Foros de Amora e Berverde	44,96	36,378	5	180	34,00	30,978	5	120	37,43	32,926	5	180
Paivas	40,28	27,625	5	120	31,13	26,398	2	120	35,15	26,995	2	120
Total	42,78	41,807	0	240	36,84	40,351	0	240	38,96	40,917	0	240
Kruskal-Wallis	H=6,294				H=2,278				H=4,429			
	p=0,178				p=0,685				p=0,351			

Anexo A.9.47: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *situação de desemprego da população por área de residência*

Lugar de residência	Amora		Cruz de Pau		Fogueteiro		Foros de Amora e Belverde		Paivas		Total	
Desemprego	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Há mais de 2 anos	8	21,62	8	21,62	8	21,62	6	16,22	7	18,92	37	100,00
Há mais de um ano	5	18,52	6	22,22	6	22,22	5	18,52	5	18,52	27	100,00
Há menos de um ano	9	24,32	15	40,54	6	16,22	6	16,22	1	2,70	37	100,00
Não está desemprego	157	26,34	171	28,69	62	10,40	129	21,64	77	12,92	596	100,00
Total	179	25,68	200	28,69	82	11,76	146	20,95	90	12,91	697	100,00
Moda	Empregado		Empregado		Empregado		Empregado		Empregado		Empregado	
X ² = 16,565; p = 0,167												

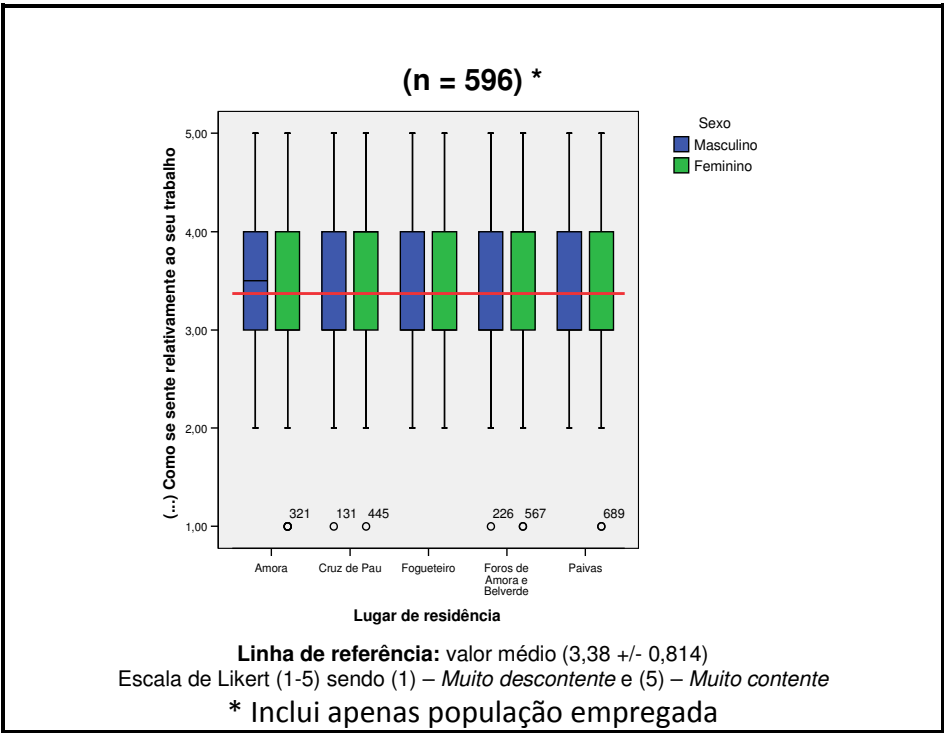
Anexo A.9.48: teste de Kruskal-Wallis relativo ao nível de *saúde mental* por *situação de emprego*



Anexo A.9.49: Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis *satisfação com o trabalho* da população por *sexo* e *área de residência*

Sexo	Masculino				Feminino				Total			
Lugar de residência	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max
Amora	3,55	0,753	2	5	3,30	0,909		5	3,39	0,861	1	5
Cruz de Pau	3,36	0,743	1	5	3,47	,81	1	5	3,42	0,788	1	5
Fogueteiro	3,47	0,841	2	5	3,21	0,638	2	5	3,29	0,710	2	5
Foros de Amora e Belverde	3,38	0,733	1	5	0,40	0,817	1	5	3,39	0,784	1	5
Paivas	3,45	0,794	2	5	3,20	0,978	1	5	3,31	0,907	1	5
Total	3,43	0,757	1	5	3,35	0,847	1	5	3,38	0,814	1	5
Kruskal-Wallis	H=2,417				H=6,583				H=3,088			
	p=0,660				p=0,160				p=0,543			

Anexo A.9.50: Caixa de bigodes *satisfação com o trabalho* da população por *sexo e área de residência*

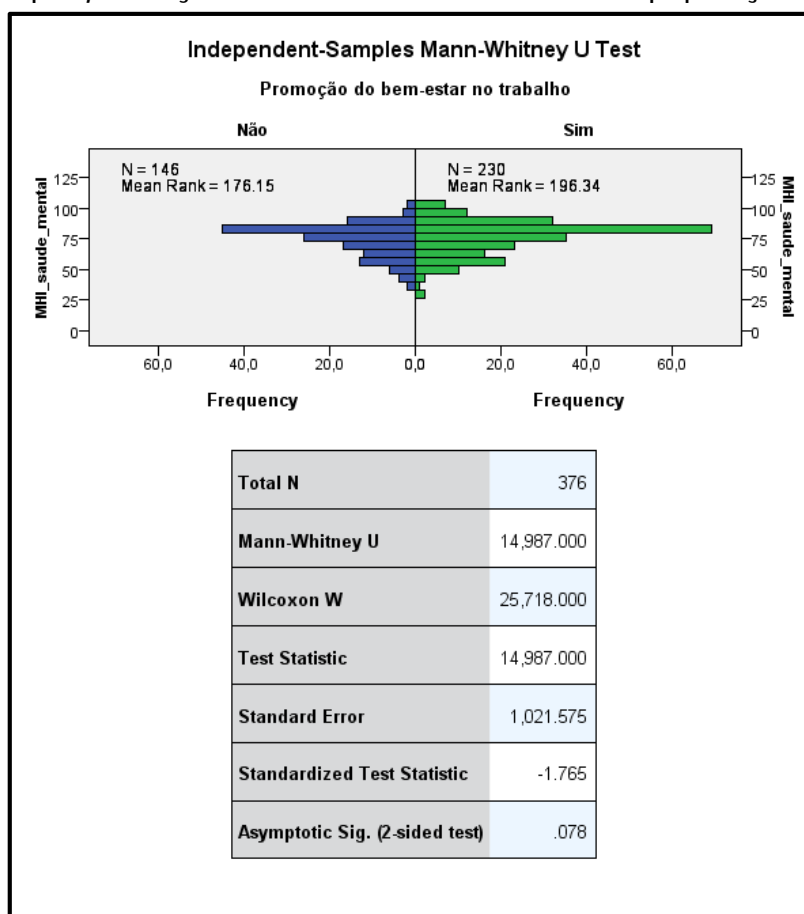


Anexo A.9.51: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *promoção do bem-estar no trabalho* da população por *área de residência*

Lugar de residência		Promoção do bem-estar no trabalho		Total
		Sim	Não	
Amora	n	68	34	102
	% Lugar de residência	66,7%	33,3%	100,0%
Cruz de Pau	n	63	46	109
	% Lugar de residência	57,8%	42,2%	100,0%
Fogueteiro	n	23	11	34
	% Lugar de residência	67,6%	32,4%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	49	34	83
	% Lugar de residência	59,0%	41,0%	100,0%
Paivas	n	27	21	48
	% Lugar de residência	56,3%	43,8%	100,0%
Total	n	230	146	376
	% Lugar de residência	61,2%	38,8%	100,0%

$X^2 = 3,068$; $p = 0,547$

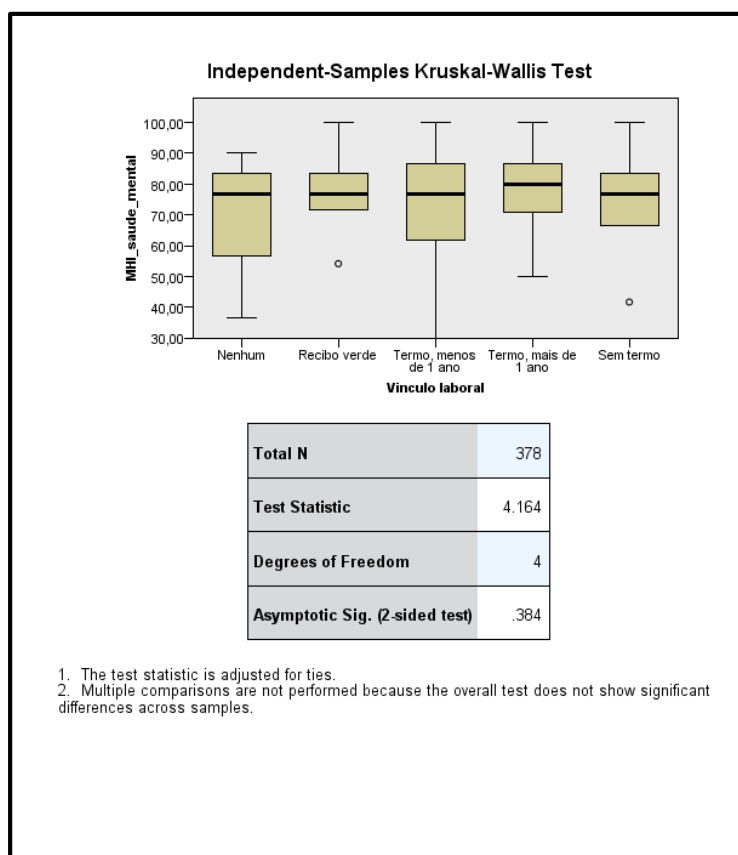
Anexo A.9.52: Teste de U de Mann Whitney relativo ao nível de *saúde mental* por *promoção do bem-estar no trabalho* da população



Anexo A.9.53: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *vínculo laboral* da população por *área de residência*

Lugar de residência		Vínculo laboral					Total
		Nenhum	Recibo verde	Termo, menos de 1 ano	Termo, mais de 1 ano	Sem termo	
Amora	n	14	9	8	13	58	102
	% Lugar de residência	13,7%	8,8%	7,8%	12,7%	56,9%	100,0%
Cruz de Pau	n	13	4	9	11	73	110
	% Lugar de residência	11,8%	3,6%	8,2%	10,0%	66,4%	100,0%
Fogueteiro	n	1	3	3	7	20	34
	% Lugar de residência	2,9%	8,8%	8,8%	20,6%	58,8%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	6	2	10	8	57	83
	% Lugar de residência	7,2%	2,4%	12,0%	9,6%	68,7%	100,0%
Paivas	n	11	3	3	5	27	49
	% Lugar de residência	22,4%	6,1%	6,1%	10,2%	55,1%	100,0%
Total	n	45	21	33	44	235	378
	% Lugar de residência	11,9%	5,6%	8,7%	11,6%	62,2%	100,0%
$X^2 = 19,955$; $p = 0,222$							

Anexo A.9.54: Teste de Kruskal-Wallis *vínculo laboral* da população e *Saúde mental*



Anexo A.9.55: Estatística descritiva e teste de Kruskal-Wallis *suporte social* da população por *sexo* e *área de residência*

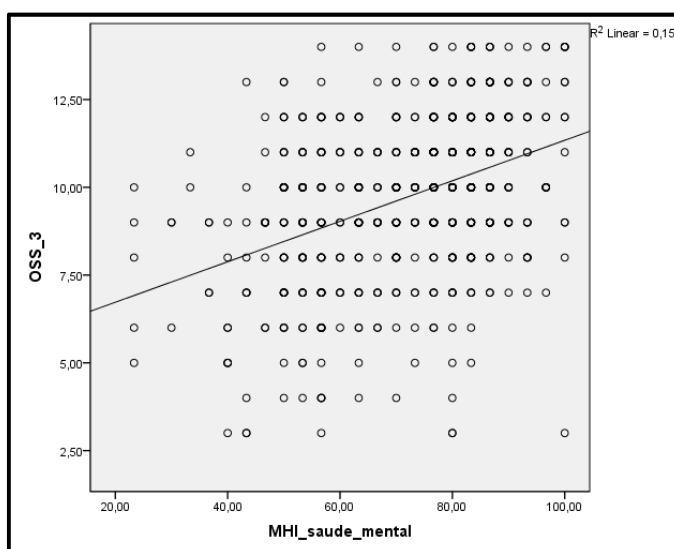
Sexo	Masculino				Feminino				Total			
Lugar de residência	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max
Amora	9,73	2,254	3,00	14,00	9,75	2,051	4,00	14,00	9,74	2,123	3,00	14,00
Cruz de Pau	9,65	1,963	5,00	13,00	10,28	2,393	3,00	14,00	10,01	2,235	3,00	14,00
Fogueteiro	8,65	2,529	3,00	14,00	8,91	2,407	3,00	14,00	8,83	2,433	3,00	14,00
Foros de Amora e Belverde	9,47	2,231	4,00	14,00	10,29	2,085	3,00	14,00	9,96	2,125	3,00	14,00
Paivas	9,71	2,080	6,00	14,00	9,51	2,185	4,00	14,00	9,59	2,135	4,00	14,00
Total	9,55	2,172	3,00	14,00	9,86	2,259	3,00	14,00	9,74	2,229	3,00	14,00
Kruskal-Wallis	H=5,516				H=21,402				H=18,988			
	p=0,238				p< 0,001*				p=0,001			

* Significativo (p <0,001)

Anexo A.9.56: Correlação de Spearman entre *suporte social* e *saúde mental* na cidade de Amora

Correlação de Spearman		Suporte social (OSS-3)	Saúde mental (MHI-5)
Suporte social (OSS-3)	rho	1	0,376**
	p		<0,001
	n	697	697
Saúde mental (MHI-5)	rho	0,376**	1
	p	<0,001	
	n	697	697

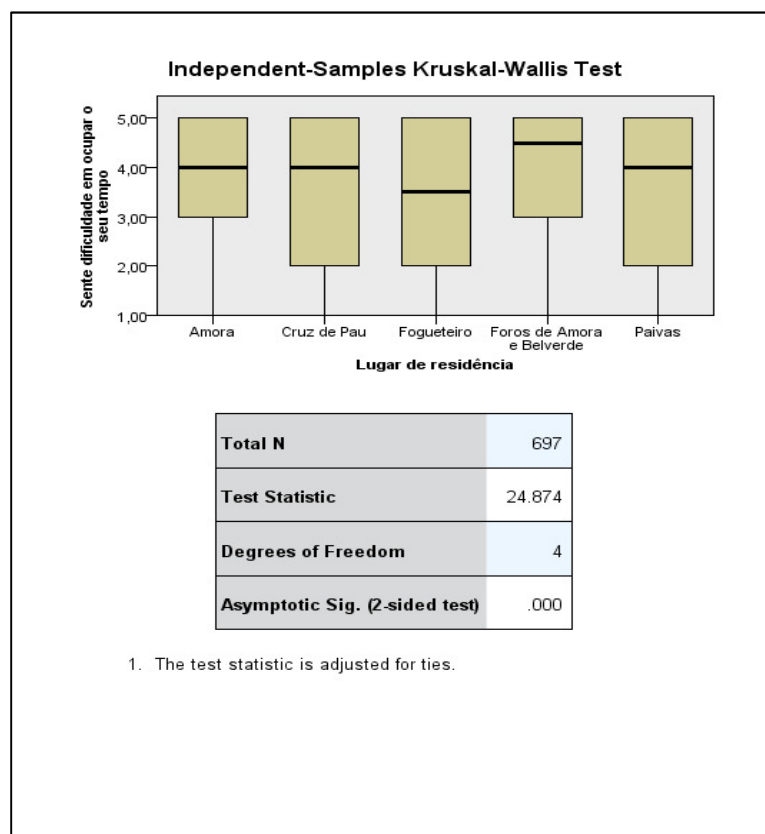
Anexo A.9.57: Reta de regressão *suporte social* da população e *nível de saúde mental* na cidade de Amora



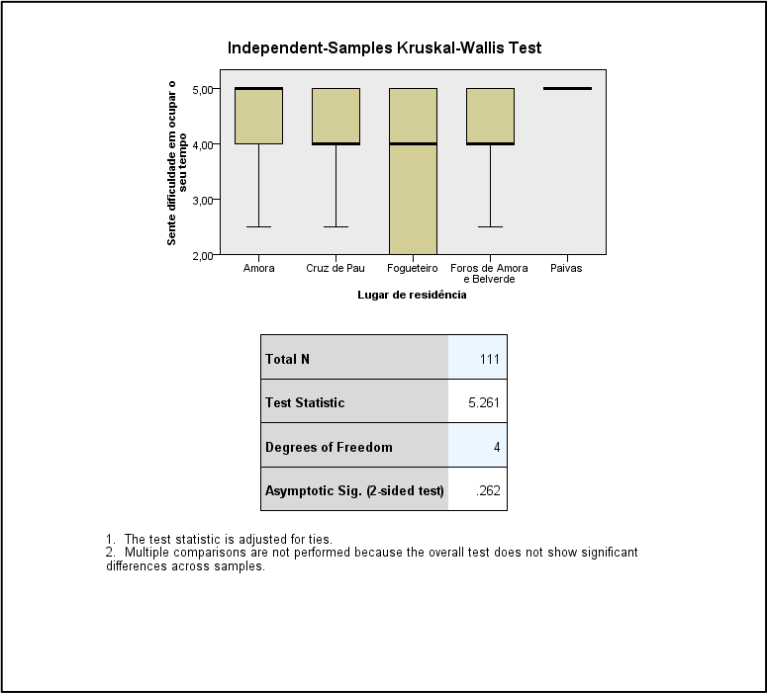
Anexo A.9.58: Estatísticas descritivas e teste Kruskal-Wallis relativas á *distância social por lugar de residência* na cidade de Amora

Distância social	Área de residência	n	μ	σ	XMin	XMax	H	p
Distância social <i>estrangeiros</i>	Amora	179	2,56	1,337	1,00	7,00	3,130	0,536
	Cruz de Pau	200	2,67	1,245	1,00	7,00		
	Fogueteiro	82	2,90	1,675	1,00	7,00		
	Foros de Amora e Belverde	146	2,57	1,318	1,00	7,00		
	Paivas	90	2,63	1,353	1,00	7,00		
	Total	697	2,64	1,354	1,00	7,00		
Distância social <i>etnia</i>	Amora	179	2,41	1,257	1,00	7,00	4,607	0,330
	Cruz de Pau	200	2,61	1,268	1,00	7,00		
	Fogueteiro	82	2,65	1,364	1,00	7,00		
	Foros de Amora e Belverde	146	2,49	1,199	1,00	7,00		
	Paivas	90	2,49	1,144	1,00	5,00		
	Total	697	2,52	1,247	1,00	7,00		
Distância social <i>doente mental</i>	Amora	179	2,84	1,306	1,00	7,00	0,742	0,946
	Cruz de Pau	200	2,74	1,153	1,00	6,00		
	Fogueteiro	82	2,84	1,328	1,00	7,00		
	Foros de Amora e Belverde	146	2,77	1,215	1,00	7,00		
	Paivas	90	2,81	1,111	1,00	7,00		
	Total	697	2,79	1,220	1,00	7,00		

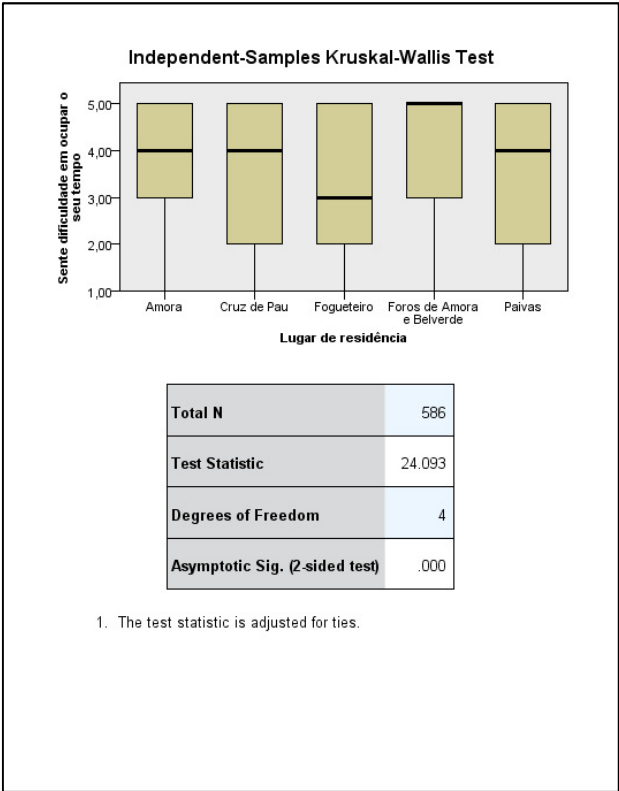
Anexo A.9.59: Teste de Kruskal Wallis relativo à *ocupação do tempo*, por *área de residência*.



Anexo A.9.60: Teste de Kruskal Wallis relativo à dificuldade em ocupar o tempo por área de residência na população envolvida em voluntariado na cidade de Amora



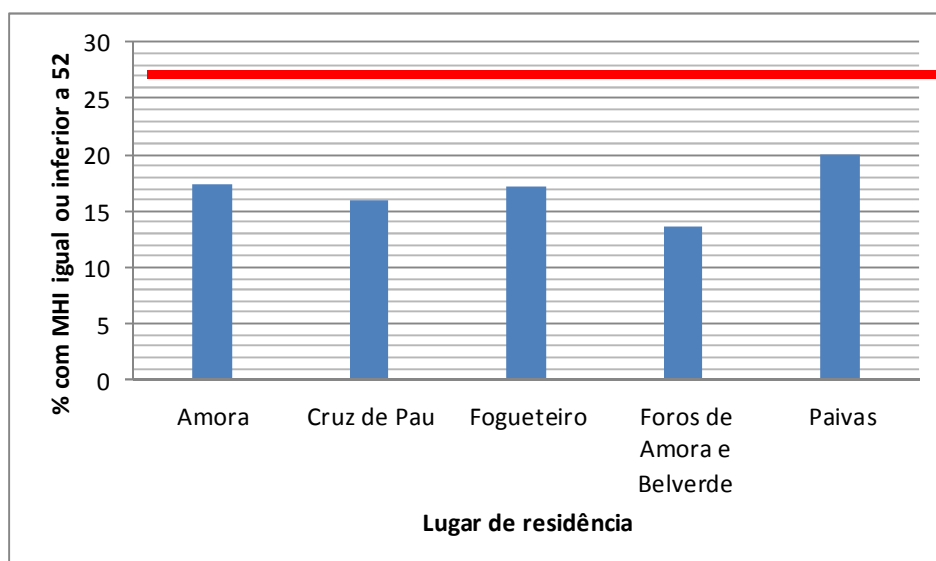
Anexo A.9.61: Teste de Kruskal Wallis relativo à *dificuldade em ocupar o tempo* por *área de residência* na população não envolvida em voluntariado na cidade de Amora



Anexo A.9.62: Estatística descritiva e teste de Kruskal Wallis relativo à *saúde mental* por sexo e *área de residência* na cidade de Amora

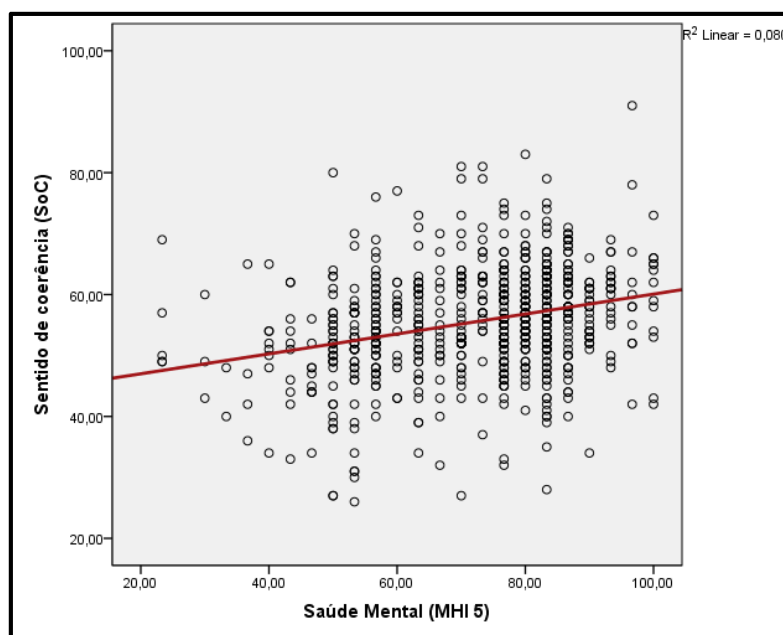
Sexo	Masculino				Feminino				Total			
Lugar de residência	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max
Amora	76,52	13,834	46,67	100,00	69,82	16,353	23,33	100,00	72,33	15,757	23,33	100,00
Cruz de Pau	72,05	15,135	36,67	100,00	71,73	14,365	36,67	100,00	71,87	14,664	36,67	100,00
Fogueteiro	72,44	19,033	23,33	100,00	67,68	14,241	23,33	96,67	69,19	15,952	23,33	100,00
Foros de Amora e Belverde	74,52	14,098	43,33	100,00	75,48	13,216	30,00	100,00	75,09	13,540	30,00	100,00
Paivas	74,48	15,841	30,00	96,67	68,30	17,660	23,33	96,67	70,70	17,154	23,33	96,67
Total	74,03	15,105	23,33	100,00	71,01	15,298	23,33	100,00	72,20	15,283	23,33	100,00
Kruskal-Wallis	H=3,454				H=11,846				H=9,044			
	p=0,485				p=0,019				p=0,060			

Anexo A.9.63: Percentagem de população com MHI igual ou inferior a 52 por lugar de residência na cidade de Amora

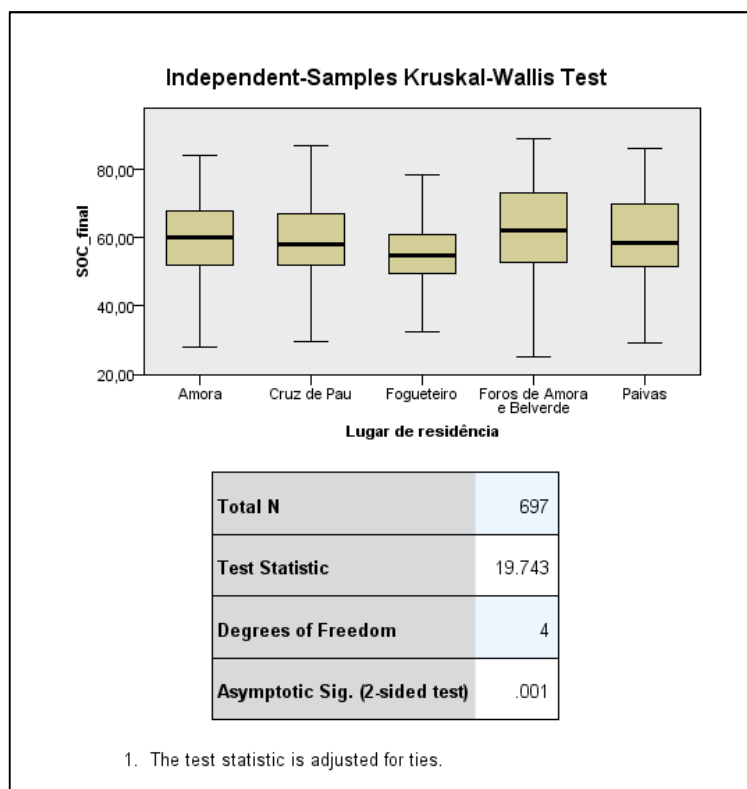


Linha: % população portuguesa com MHI igual ou inferior a 52 (27,2%) (INS 2005/2006)

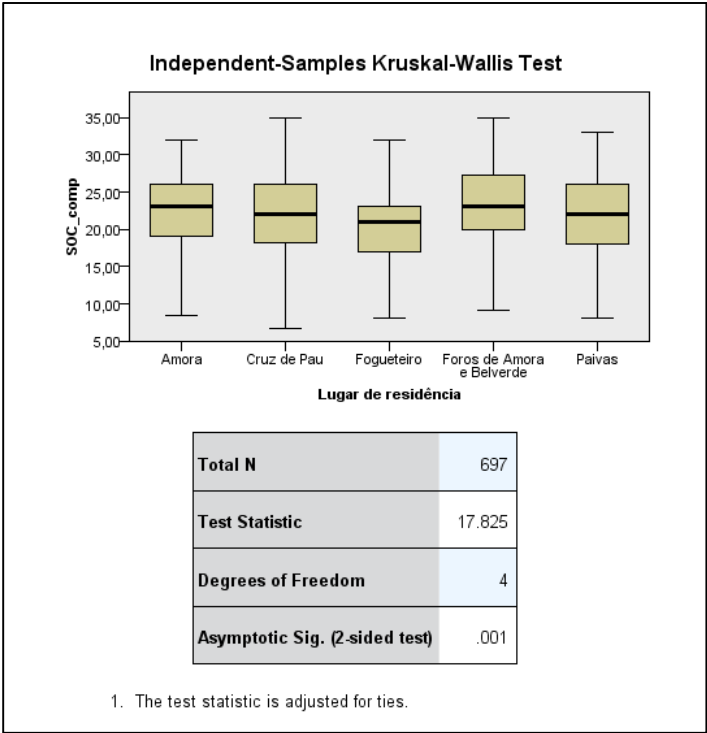
Anexo A.9.64: Reta de regressão - *sentido de coerência* da população e *nível de saúde mental* na cidade de Amora



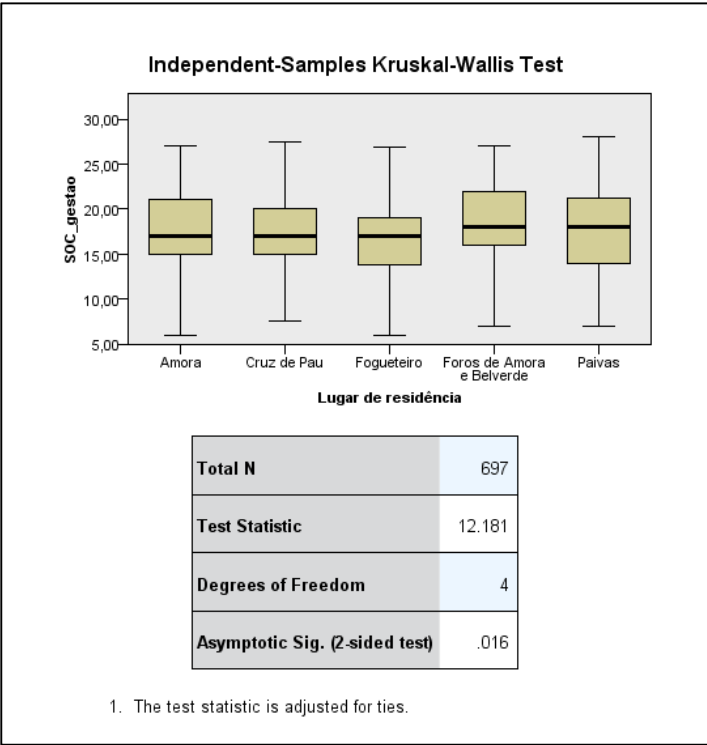
Anexo A.9.65: Teste Kruskal Wallis relativo ao *sentido de coerência* por *área de residência* na cidade de Amora



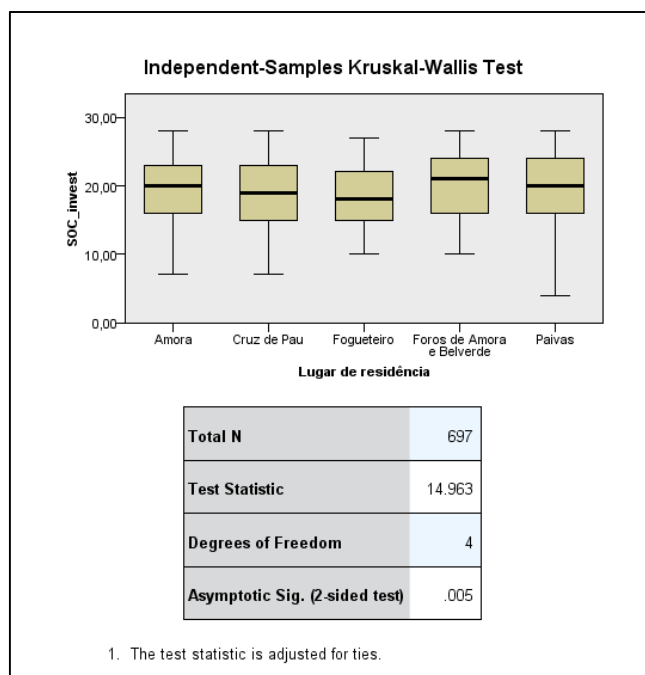
Anexo A.9.66: Teste Kruskal Wallis relativo à *capacidade de compreensão (sentido de coerência)* por *área de residência* na cidade de Amora



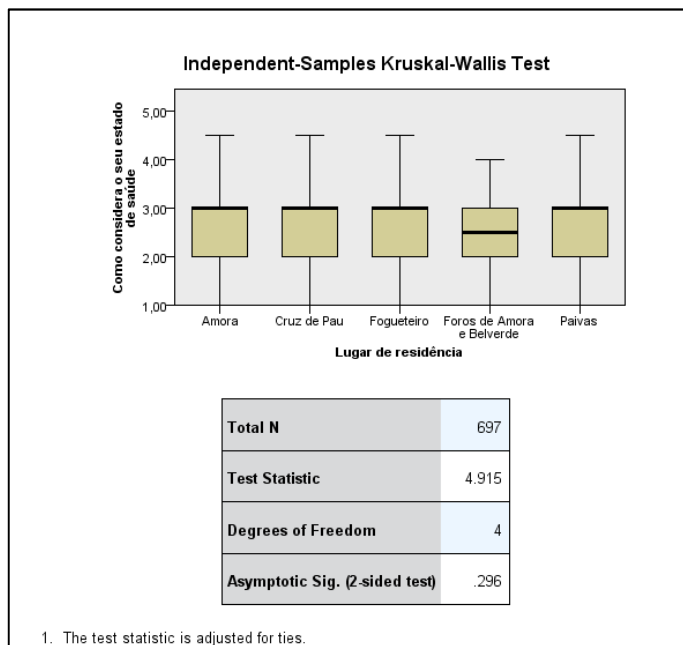
Anexo A.9.67: Teste Kruskal Wallis relativo à *capacidade de gestão (sentido de coerência)* por *área de residência* na cidade de Amora



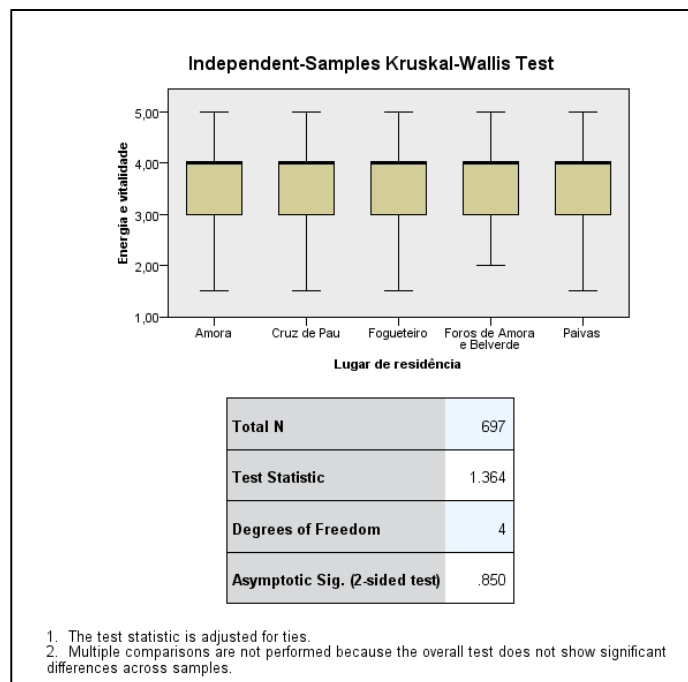
Anexo A.9.68: Teste Kruskal Wallis relativo à *capacidade de investimento (sentido de coerência)* por *área de residência* na cidade de Amora



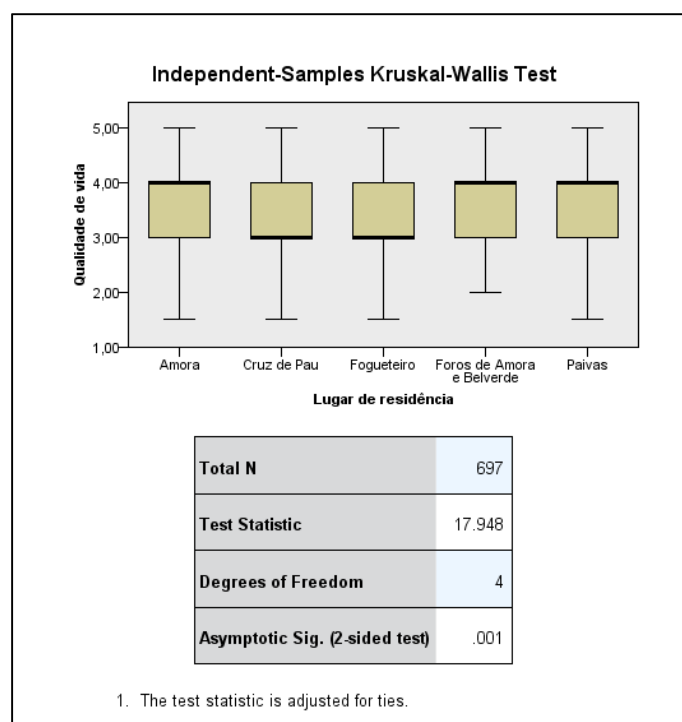
Anexo A.9.69: Teste Kruskal Wallis relativo à *autoapreciação do estado de saúde* por *área de residência* na cidade de Amora



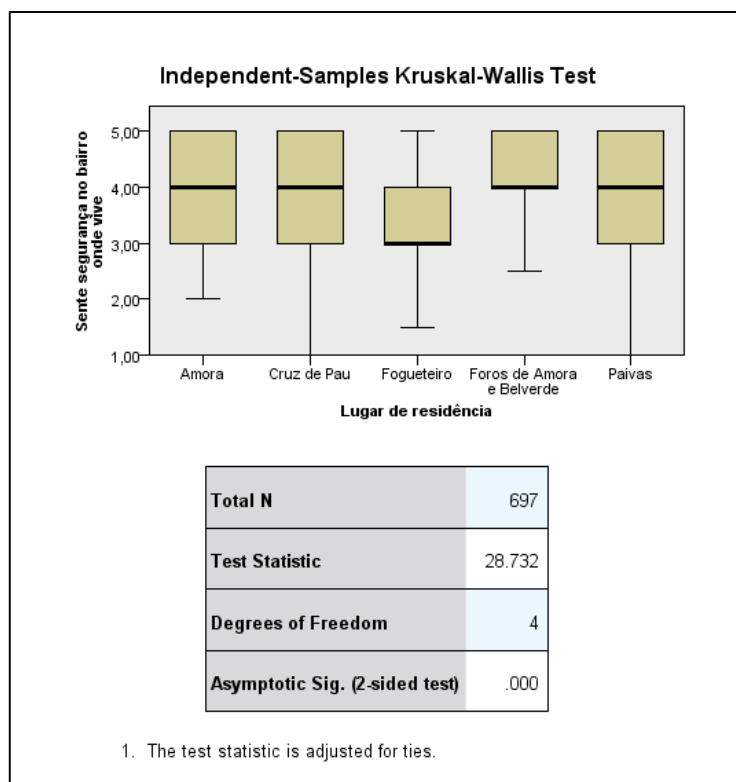
Anexo A.9.70: Teste Kruskal Wallis relativo à *energia e vitalidade* por área de residência na cidade de Amora



Anexo A.9.71: Teste Kruskal Wallis relativo à *qualidade de vida* por área de residência na cidade de Amora



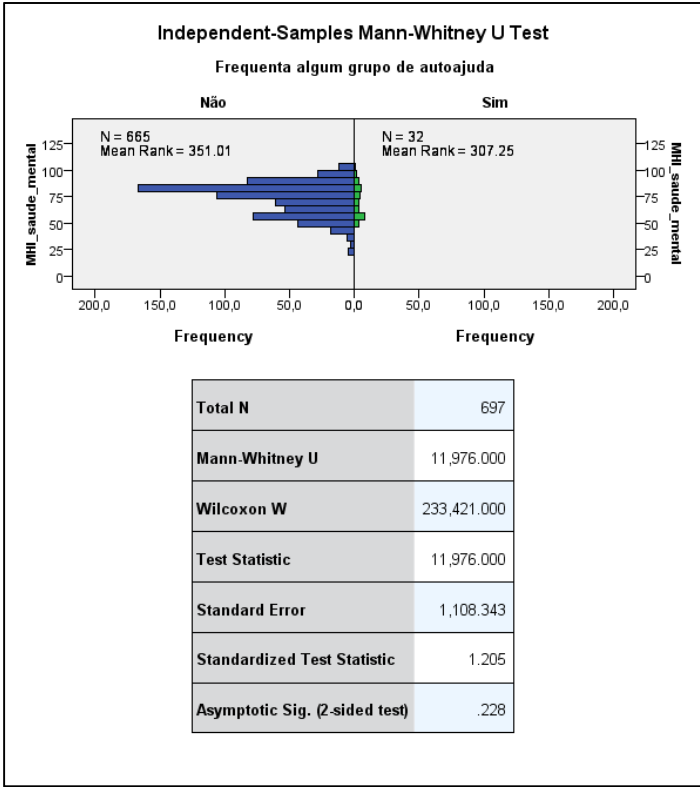
Anexo A.9.72: Teste Kruskal Wallis relativo ao *sentimento de segurança* por *área de residência* na cidade de Amora



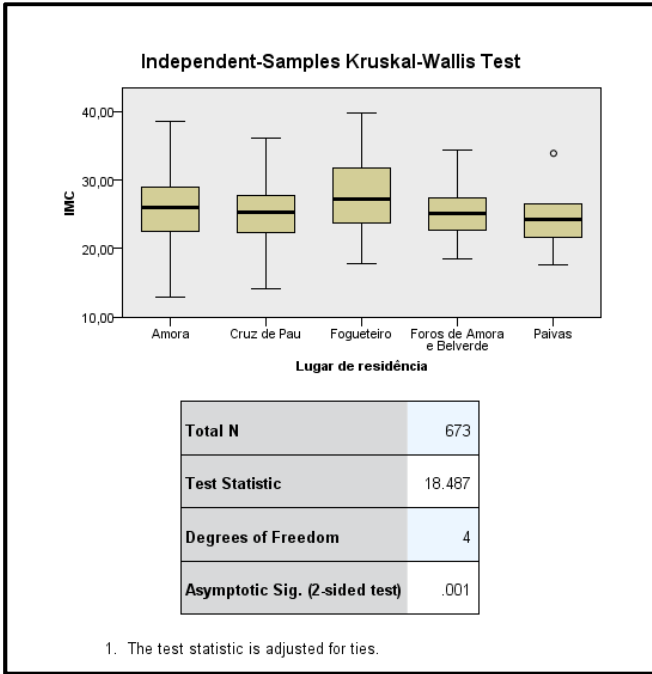
Anexo A.9.73: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado relativo à *participação em grupos de auto-ajuda* por *área de residência* na cidade de Amora

Lugar de residência		Frequência de grupo de auto-ajuda		
		Sim	Não	Total
Amora	n	4	175	179
	% Lugar de residência	2,2%	97,8%	100,0%
Cruz de Pau	n	7	193	200
	% Lugar de residência	3,5%	96,5%	100,0%
Fogueteiro	n	7	75	82
	% Lugar de residência	8,5%	91,5%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	11	135	146
	% Lugar de residência	7,5%	92,5%	100,0%
Paivas	n	3	87	90
	% Lugar de residência	3,3%	96,7%	100,0%
Total	n	32	665	697
	% Lugar de residência	4,6%	95,4%	100,0%
$X^2 = 8,939$; $p = 0,063$				

Anexo A.9.74: Teste U de Mann Whitney relativo ao nível de *saúde mental* por *participação em grupos de auto-ajuda*



Anexo A.9.75: Teste Kruskal Wallis relativo ao *IMC* por *área de residência* na cidade de Amora



Anexo A.9.76: Correlação de Spearman entre *suporte social e saúde mental* na cidade de Amora

Correlação de Spearman		Índice de massa corporal (IMC)	Saúde mental (MHI-5)
Índice de massa corporal (IMC)	rho	1,000	-0,019
	p	.	0,616
	n	673	673
Saúde mental (MHI-5)	rho	-0,019	1,000
	p	0,616	.
	n	673	697

Anexo A.9.77: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *toma de medicamentos* pela população por *área de residência*

Lugar de residência		Toma de medicamentos		Total
		Sim	Não	
Amora	n	123	56	179
	% Lugar de residência	68,7%	31,3%	100,0%
Cruz de Pau	n	114	86	200
	% Lugar de residência	57,0%	43,0%	100,0%
Fogueteiro	n	50	32	82
	% Lugar de residência	61,0%	39,0%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	90	56	146
	% Lugar de residência	61,6%	38,4%	100,0%
Paivas	n	66	24	90
	% Lugar de residência	73,3%	26,7%	100,0%
Total	n	443	254	697
	% Lugar de residência	63,6%	36,4%	100,0%

$\chi^2 = 9,949^*$; $p = 0,041$

* Significativo ($p < 0,05$)

Anexo A.9.78: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *medicamentos receitados pelo médico* pela população por *área de residência*

Lugar de residência		Medicamentos receitados pelo médico		Total
		Sim	Não	
Amora	n	112	13	125
	% Lugar de residência	89,6%	10,4%	100,0%
Cruz de Pau	n	103	11	114
	% Lugar de residência	90,4%	9,6%	100,0%
Fogueteiro	n	46	6	52
	% Lugar de residência	88,5%	11,5%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	84	6	90
	% Lugar de residência	93,3%	6,7%	100,0%
Paivas	n	59	7	66
	% Lugar de residência	89,4%	10,6%	100,0%
Total	n	404	43	447
	% Lugar de residência	90,4%	9,6%	100,0%

$\chi^2 = 1,284$; $p = 0,864$

Anexo A.9.79: Estatística descritiva *doença referenciada nas últimas duas semanas* pela população e testes de Qui-quadrado por *área de residência*

Doença referenciada nas últimas duas semanas	n	%	X ²	p	
Ansiedade	120	17,21664	0,699	0,951	
HTA	117	16,78623	3,593	0,464	
Hipercolesterolemia	106	15,20803	10,197*	0,028	+ Foros de Amora e belverde (31,1%) - Fogueteiro e Paivas (11,3%)
Outra dor	104	14,92109	15,383**	0,004	+ Amora (30,4%) - Foros de Amora e belverde (10,0%)
Cefaleias/enxaquecas	98	14,06026	2,717	0,606	
Artralgias	93	13,3429	3,465	0,483	
Depressão	72	10,32999	1,924	0,750	
Problemas gástricos	57	8,177905	2,870	0,580	
Alergias	56	8,034433	4,307	0,366	
Diabetes	49	7,030129	8,383	0,079	
Outra cardiovascular	40	5,738881	2,870	0,580	
DPOC/enfisema	20	2,86944	0,512	0,972	
Asma	19	2,725968	5,602	0,231	

* Significativo (p < 0,05)

** Significativo (p < 0,01)

Anexo A.9.80: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *baixa há mais de um mês por incapacidade* da população por *área de residência*

Lugar de residência		Baixa há mais de um mês por incapacidade		Total
		Sim	Não	
Amora	n	10	169	179
	% Lugar de residência	5,6%	94,4%	100,0%
Cruz de Pau	n	14	186	200
	% Lugar de residência	7,0%	93,0%	100,0%
Fogueteiro	n	3	79	82
	% Lugar de residência	3,7%	96,3%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	8	138	146
	% Lugar de residência	5,5%	94,5%	100,0%
Paivas	n	7	83	90
	% Lugar de residência	7,8%	92,2%	100,0%
Total	n	42	655	697
	% Lugar de residência	6,0%	94,0%	100,0%
X² = 1,772; p = 0,778				

Anexo A.9.81: Estatística descritiva e teste de Kruskal Wallis relativo a *percentagem de incapacidade por sexo e área de residência* na cidade de Amora

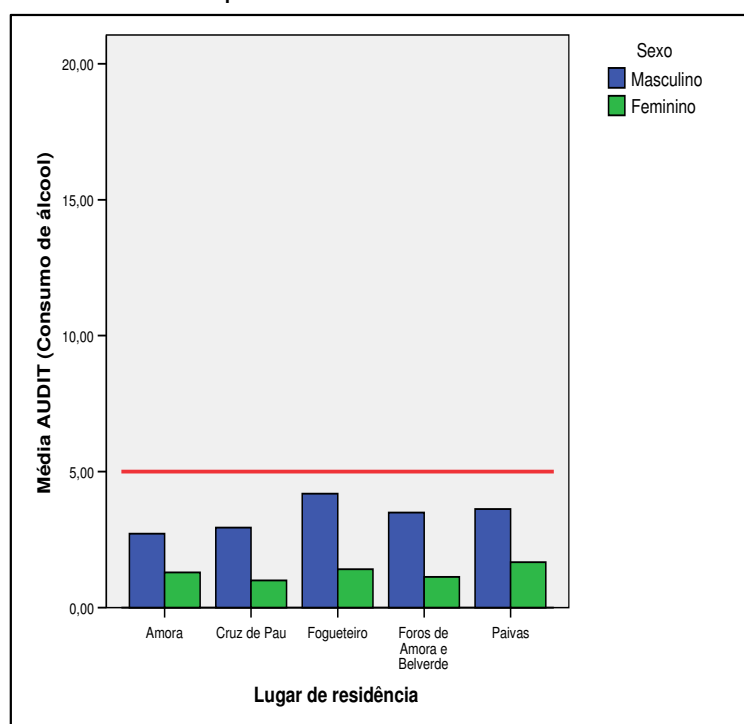
Sexo	Masculino				Feminino				Total			
	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max	μ	σ	X min	X max
Lugar de residência												
Amora	30,00	36,056	0,00	70,00	50,50	29,286	7,00	70,00	41,71	31,341	0,00	70,00
Cruz de Pau	37,40	22,601	1,00	56,00	39,00	30,083	0,00	70,00	38,20	25,099	0,00	70,00
Fogueteiro	-	-	-	-	72,50	17,678	60,00	85,00	72,50	17,678	60,00	85,00
Foros de Amora e Belverde	67,67	9,292	60,00	78,00	46,67	41,633	0,00	80,00	57,17	29,329	0,00	80,00
Paivas	43,33	37,859	0,00	70,00	55,00	7,071	50,00	60,00	48,00	27,749	0,00	70,00
Total	43,57	27,966	0,00	78,00	49,50	27,952	0,00	85,00	46,73	27,637	0,00	85,00
Kruskal-Wallis	H=4,009				H=2,483				H=5,336			
	p=0,261				p=0,648				p=0,255			

Anexo A.9.82: Estatística descritiva *alimentos consumidos no dia anterior* pela população e testes de Qui-quadrado por *área de residência*

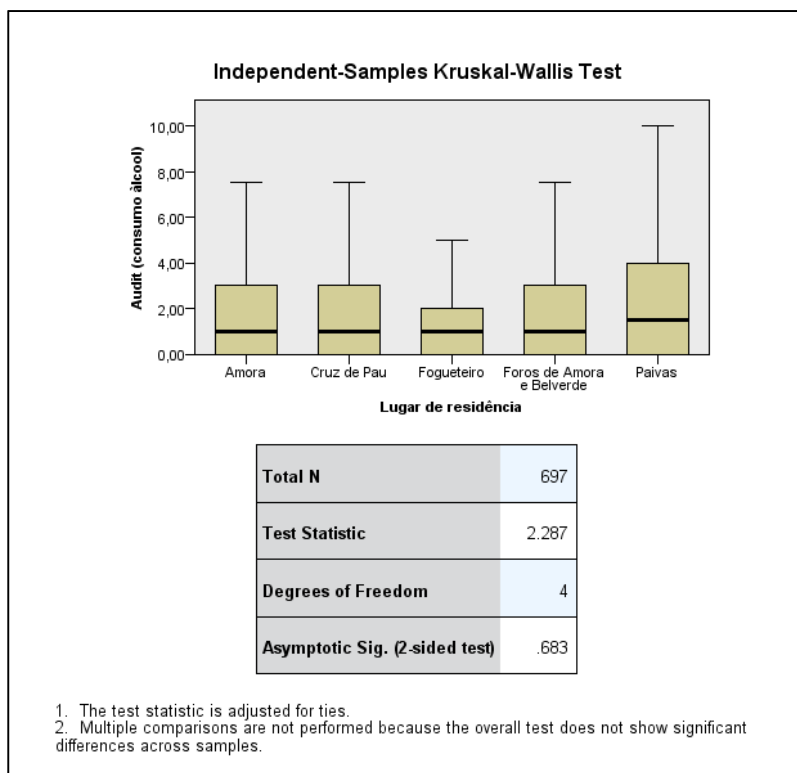
Alimentos consumidos no dia anterior	n	%	χ^2	p	
Pão	589	84,5	12,953*	0,012	+ Amora (90,4%) - Fogueteiro (75,6%)
Fruta	567	81,3	2,711	0,607	
Farináceos	561	80,5	5,965	0,202	
Carne	552	79,2	3,508	0,477	
Lacticínios	547	78,5	9,352	0,053	
Sopa	478	68,6	3,536	0,472	
Salada/legumes cozidos	456	65,4	8,504	0,075	
Peixe	419	60,1	4,618	0,329	
Doces	271	38,9	7,224	0,125	
Feijão/grão	199	28,6	2,363	0,669	
Outros alimentos	191	27,4	8,872	0,064	
Não se alimentou	7	1,0	5,373	0,717	

* Significativo (p < 0,05)

Anexo A.9.83: Gráfico de barras *consumo de álcool (AUDIT-5)* pela população por *área de residência*



Anexo A.9.84: Teste Kruskal Wallis relativo ao *sentimento de segurança* por *área de residência* na cidade de Amora



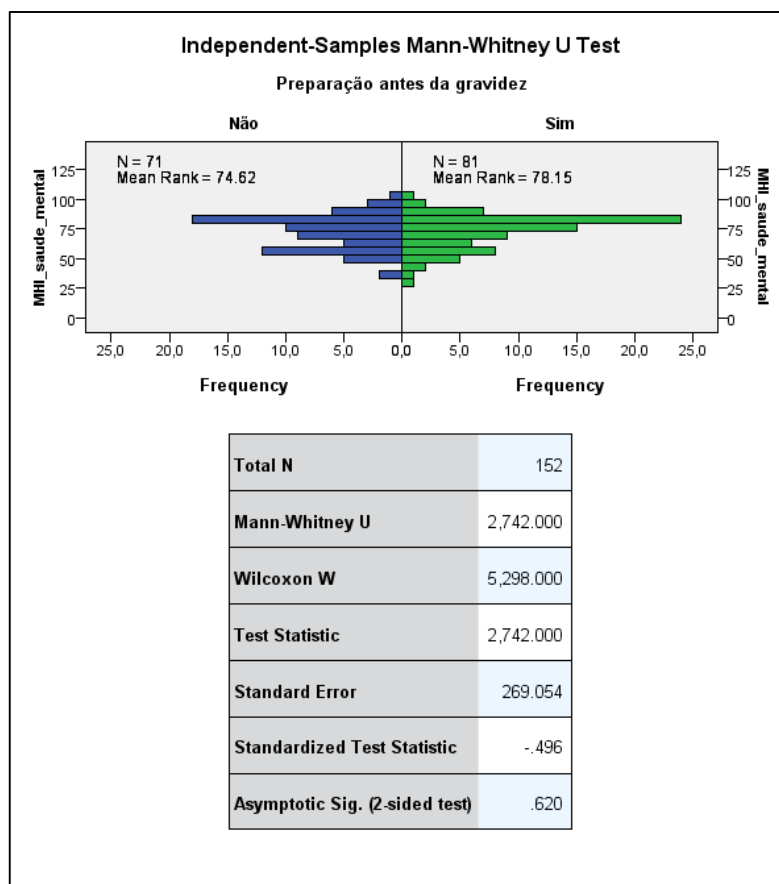
Anexo A.9.85: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *preparação antes da gravidez* da população por *área de residência*

Lugar de residência		Preparação antes da gravidez		Total
		Sim	Não	
Amora	n	21	14	35
	% Lugar de residência	60,0%	40,0%	100,0%
Cruz de Pau	n	15	16	31
	% Lugar de residência	48,4%	51,6%	100,0%
Fogueteiro	n	10	12	22
	% Lugar de residência	45,5%	54,5%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	30	15	45
	% Lugar de residência	66,7%	33,3%	100,0%
Paivas	n	5	14	19
	% Lugar de residência	26,3%	73,7%	100,0%
Total	n	81	71	152
	% Lugar de residência	53,3%	46,7%	100,0%

$\chi^2 = 10,264^*$; $p = 0,036$

* Significativo ($p < 0,05$)

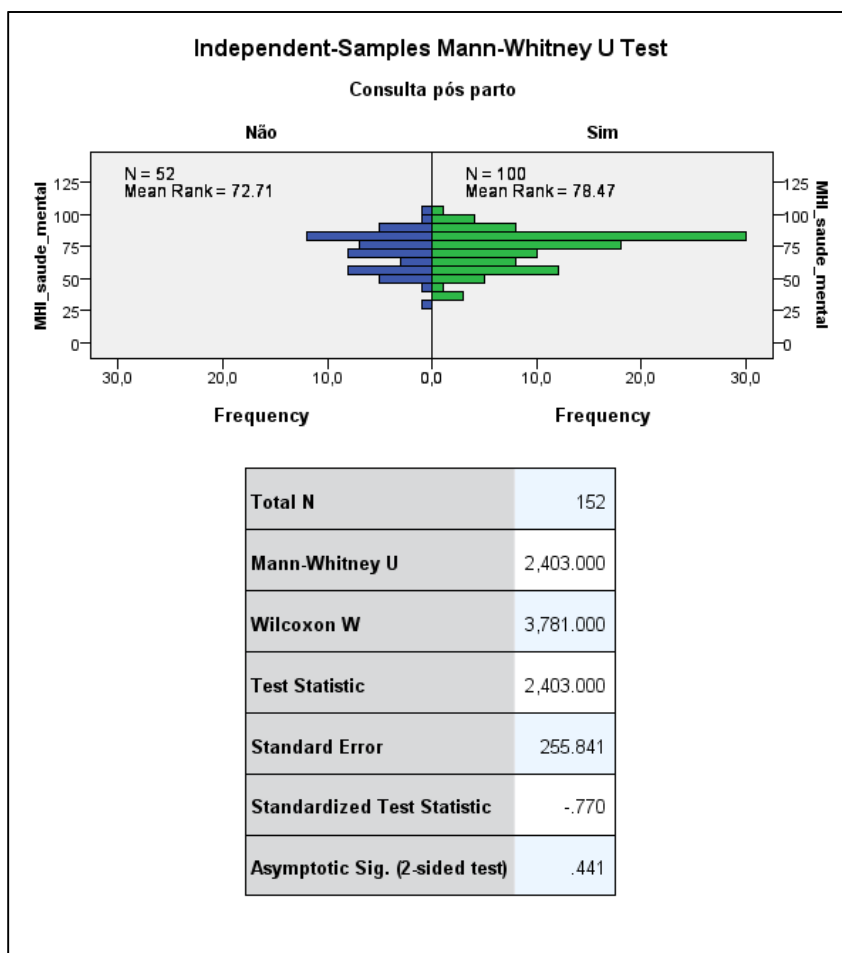
Anexo A.9.86: Teste U de Mann Whitney relativo ao nível de *saúde mental* por *preparação antes da gravidez*



Anexo A.9.87: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *preparação antes da gravidez* da população por *área de residência*

Lugar de residência		Consulta pós parto		Total
		Sim	Não	
Amora	n	23	12	35
	% Lugar de residência	65,7%	34,3%	100,0%
Cruz de Pau	n	26	5	31
	% Lugar de residência	83,9%	16,1%	100,0%
Fogueteiro	n	12	10	22
	% Lugar de residência	54,5%	45,5%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	29	16	45
	% Lugar de residência	64,4%	35,6%	100,0%
Paivas	n	10	9	19
	% Lugar de residência	52,6%	47,4%	100,0%
Total	n	100	52	152
	% Lugar de residência	65,8%	34,2%	100,0%
$X^2 = 7,237$; $p = 0,124$				

Anexo A.9.88: Teste U de Mann Whitney relativo ao nível de *saúde mental* por *consulta pós-parto*

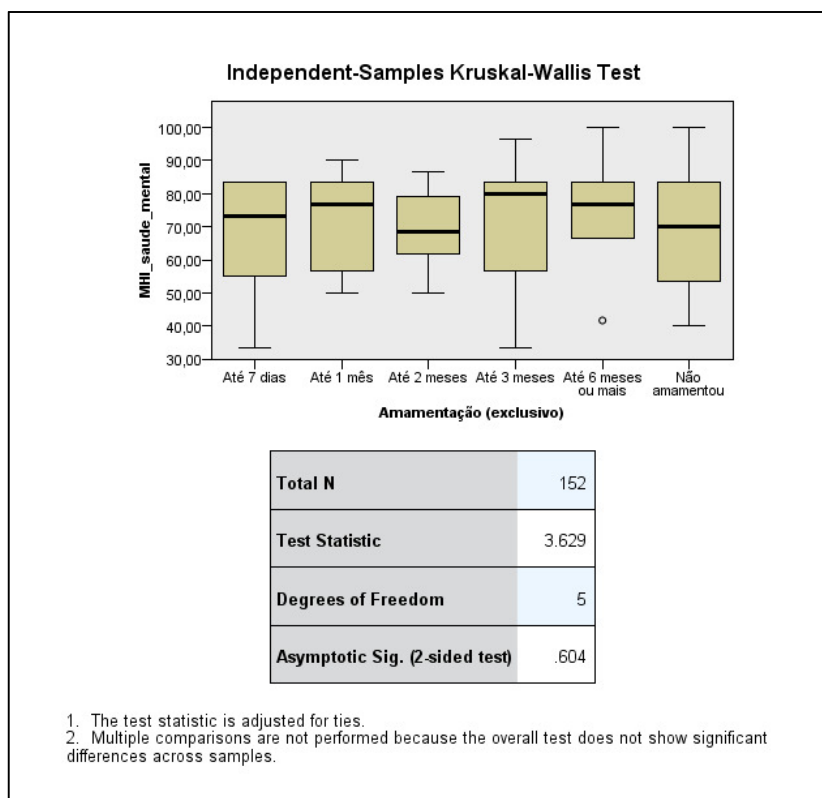


Anexo A.9.89: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *amamentação (exclusivo)* da população por *área de residência*

Área de residência		Amamentação (exclusivo)						Total
		Até 7 dias	Até 1 mês	Até 2 meses	Até 3 meses	Até 6 meses ou mais	Não amamentou	
Amora	n	6	4	0	8	13	4	35
	% Lugar de residência	17,1%	11,4%	0,0%	22,9%	37,1%	11,4%	100,0%
Cruz de Pau	n	0	1	2	7	17	4	31
	% Lugar de residência	0,0%	3,2%	6,5%	22,6%	54,8%	12,9%	100,0%
Fogueteiro	n	1	2	2	2	12	3	22
	% Lugar de residência	4,5%	9,1%	9,1%	9,1%	54,5%	13,6%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	1	7	3	7	21	6	45
	% Lugar de residência	2,2%	15,6%	6,7%	15,6%	46,7%	13,3%	100,0%
Paivas	n	1	1	3	3	9	2	19
	% Lugar de residência	5,3%	5,3%	15,8%	15,8%	47,4%	10,5%	100,0%
Total	n	9	15	10	27	72	19	152
	% Lugar de residência	5,9%	9,9%	6,6%	17,8%	47,4%	12,5%	100,0%

$\chi^2 = 22,275$; $p = 0,326$

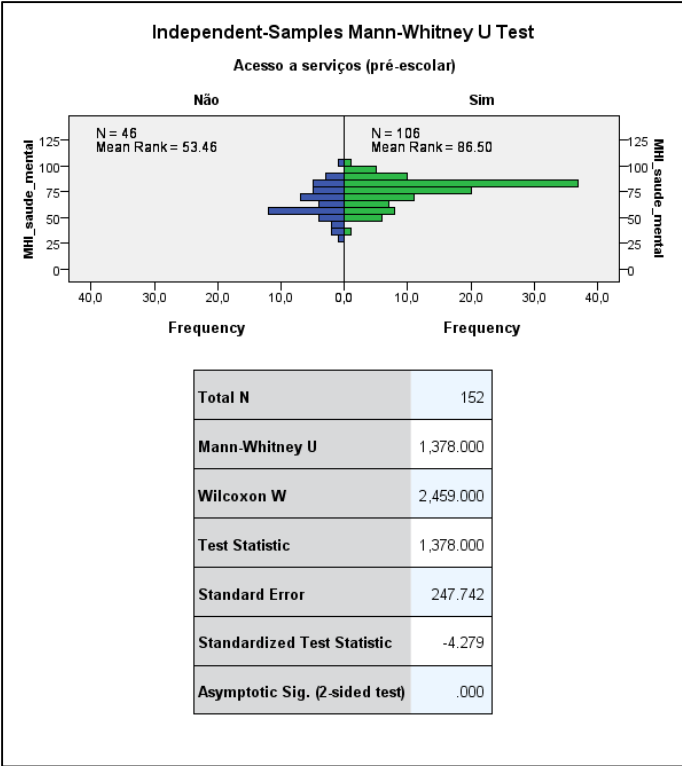
Anexo A.9.90: Teste Kruskal-Wallis relativo ao nível de *saúde mental* por *amamentação (exclusivo)*



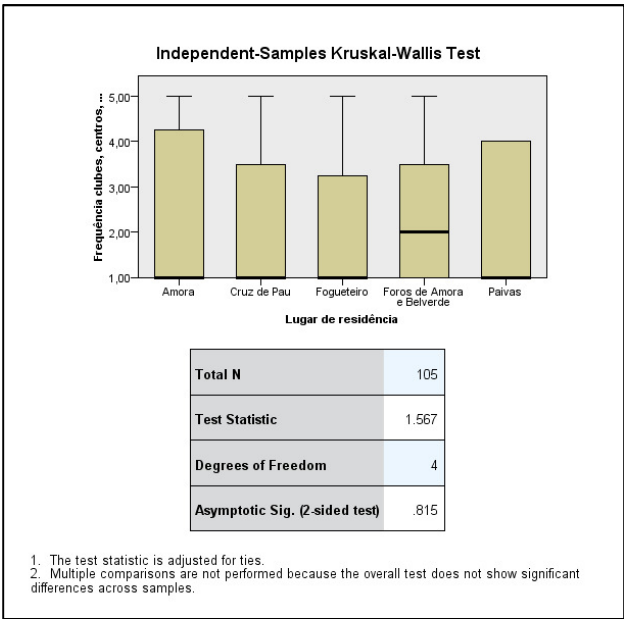
Anexo A.9.91: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado *acesso a serviços (pré-escolar)* da população por *área de residência*

Área de residência		Acesso a serviços (pré-escolar)		Total
		Sim	Não	
Amora	n	23	12	35
	% Lugar de residência	65,7%	34,3%	100,0%
Cruz de Pau	n	24	7	31
	% Lugar de residência	77,4%	22,6%	100,0%
Fogueteiro	n	15	7	22
	% Lugar de residência	68,2%	31,8%	100,0%
Fors de Amora e Belverde	n	31	14	45
	% Lugar de residência	68,9%	31,1%	100,0%
Paivas	n	13	6	19
	% Lugar de residência	68,4%	31,6%	100,0%
Total	n	106	46	152
	% Lugar de residência	69,7%	30,3%	100,0%
X ² = 1,191; p = 0,880				

Anexo A.9.92: Teste U de Mann Whitney relativo ao nível de *saúde mental* por *acesso a serviços (pré-escolar)*



Anexo A.9.93: Teste Kruskal-Wallis relativo à frequência de clubes e centros nível de *saúde mental* da população com 65+ anos por *área de residência*



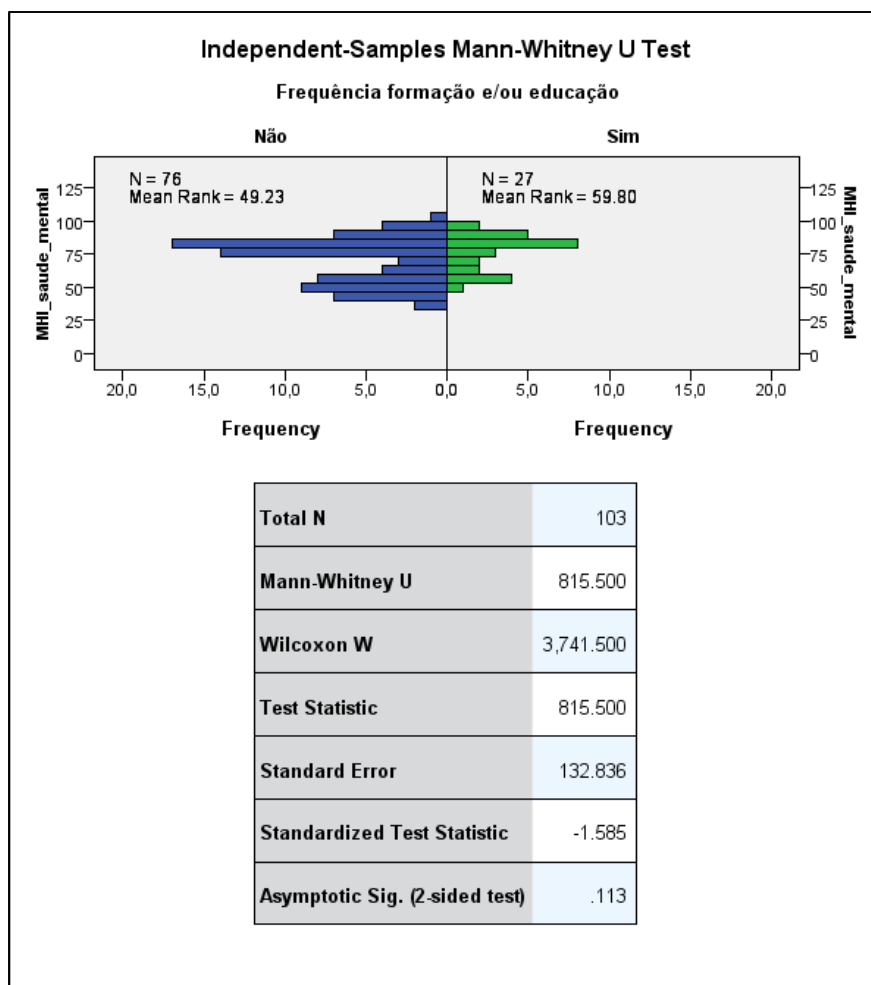
Anexo A.9.94: Correlação de Spearman entre *saúde mental* e *frequência de clubes e centros* nos maiores de 65 anos na cidade de Amora

Correlação de Spearman		Saúde mental (MHI-5)	Frequência clubes, centros, (...)
Saúde mental (MHI-5)	rho	1,000	0,171
	p	.	0,082
	n	697	105
Frequência clubes, centros, (...)	rho	0,171	1,000
	p	0,082	.
	n	105	105

Anexo A.9.95: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado relativo a *frequência de formação e/ou educação* por *área de residência* na cidade de Amora

Lugar de residência		Frequência formação e/ou educação		Total
		Sim	Não	
Amora	n	8	18	26
	% Lugar de residência	30,8%	69,2%	100,0%
Cruz de Pau	n	5	19	24
	% Lugar de residência	20,8%	79,2%	100,0%
Fogueteiro	n	3	11	14
	% Lugar de residência	21,4%	78,6%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	7	18	25
	% Lugar de residência	28,0%	72,0%	100,0%
Paivas	n	4	10	14
	% Lugar de residência	28,6%	71,4%	100,0%
Total	n	27	76	103
	% Lugar de residência	26,2%	73,8%	100,0%
$\chi^2 = 0,085$; $p = 0,927$				

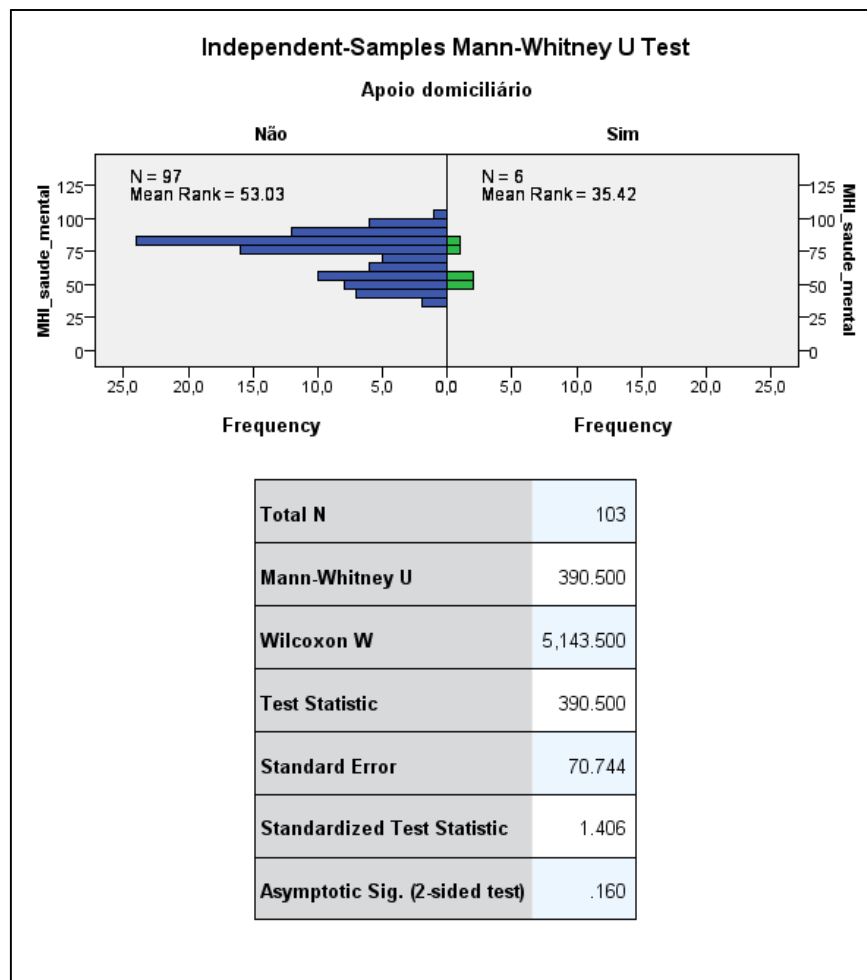
Anexo A.9.96: Teste U de Mann Whitney relativo ao nível de *saúde mental* por *frequência de formação e/ou educação* em maiores de 65 anos



Anexo A.9.97: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado relativo a *apoio domiciliário* por *área de residência* na cidade de Amora em maiores de 65 anos

Lugar de residência		Apoio domiciliário		Total
		Sim	Não	
Amora	n	2	24	26
	% Lugar de residência	7,7%	92,3%	100,0%
Cruz de Pau	n	3	21	24
	% Lugar de residência	12,5%	87,5%	100,0%
Fogueteiro	n	0	14	14
	% Lugar de residência	,0%	100,0%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	1	24	25
	% Lugar de residência	4,0%	96,0%	100,0%
Paivas	n	0	14	14
	% Lugar de residência	,0%	100,0%	100,0%
Total	n	6	97	103
	% Lugar de residência	5,8%	94,2%	100,0%
X² = 3,998; p = 0,406				

Anexo A.9.98: Teste U de Mann Whitney relativo ao nível de *saúde mental* por *apoio domiciliário* em maiores de 65 anos

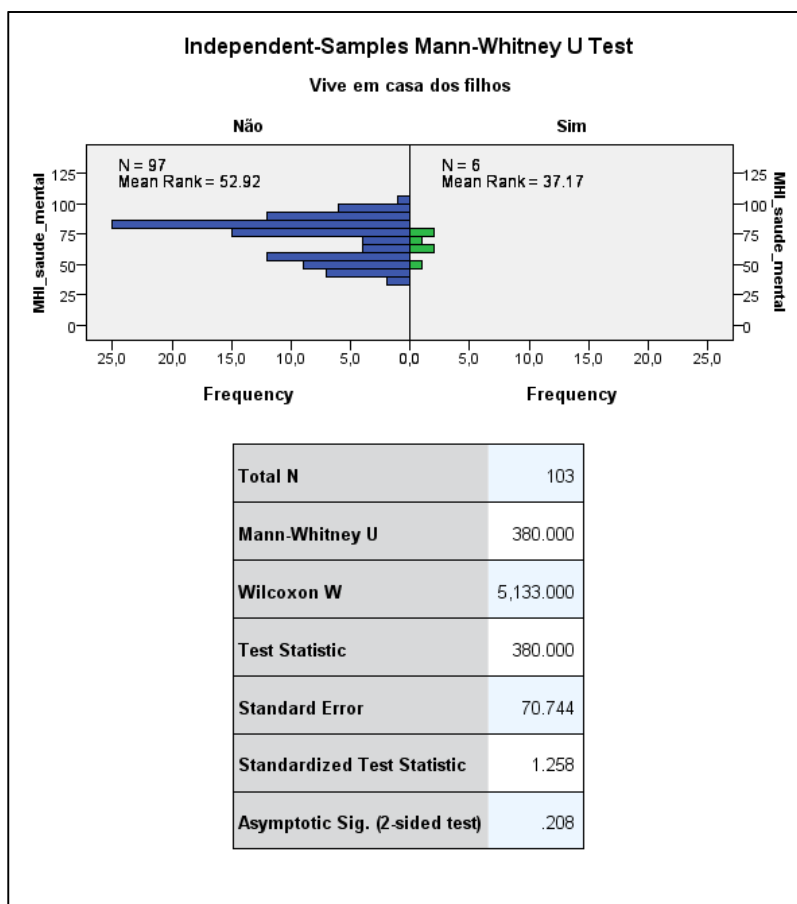


Anexo A.9.99: Estatística descritiva e teste de Qui-quadrado relativo a *vive em casa dos filhos* por *área de residência* na cidade de Amora em maiores de 65 anos

Lugar de residência		Vive em casa dos filhos		Total
		Sim	Não	
Amora	n	4	22	26
	% Lugar de residência	15,4%	84,6%	100,0%
Cruz de Pau	n	0	24	24
	% Lugar de residência	,0%	100,0%	100,0%
Fogueteiro	n	0	14	14
	% Lugar de residência	,0%	100,0%	100,0%
Foros de Amora e Belverde	n	2	23	25
	% Lugar de residência	8,0%	92,0%	100,0%
Paivas	n	0	14	14
	% Lugar de residência	,0%	100,0%	100,0%
Total	n	6	97	103
	% Lugar de residência	5,8%	94,2%	100,0%

$\chi^2 = 7,763$; $p = 0,101$

Anexo A.9.100: Teste U de Mann Whitney relativo ao nível de *saúde mental* por *vive em casa dos filhos* em maiores de 65 anos



Anexo X

Plano Local de promoção da saúde Mental da freguesia da Amora

“n’Amora Bem”

Plano Local de Promoção da Saúde Mental de Amora

2012-2015

“As sociedades modernas investem na saúde e não apenas no tratamento da doença. Promover a saúde é um investimento social estratégico porque o futuro estado de saúde do país tem um forte impacto no desenvolvimento do país e influencia o grau de desigualdade económica e social entre os nossos concidadãos.”

Correia de Campos (2007)



Detalhe do Logótipo do PLPSMA

Assumindo a diversidade populacional da comunidade, figuras estilizadas de diferentes tamanhos e cores representam o(s) indivíduo(s) a capacitar, sobre o símbolo da Junta de Freguesia, que representa a comunidade a capacitar. O programa submete-se ao título “*n’Amora bem*” ligando o espaço onde a ação se situa á necessidade de um envolvimento comunicacional efetivo, envolvendo três princípios fundamentais: *Incluídos*, *Inspirados* e *Envolvidos*.

Aprovado em Plenário da Comissão Social de Freguesia da Amora de 27 de março de 2012 por unanimidade

1. DESENVOLVIMENTO DO *N'AMORA BEM*

O Núcleo Executivo da Comissão Social de Freguesia de Amora (NECSFA) e a Junta de Freguesia de Amora (JFA) promovem o Plano Local de Promoção da Saúde Mental de Amora (PLPSMA), doravante denominado *n'Amora Bem*, numa resposta à necessidade de identificar linhas de ação em promoção da saúde mental para os membros da sua comunidade.

O *n'Amora Bem* tem por objectivo reforçar os factores de proteção que impeçam os membros da comunidade de serem confrontados com uma má saúde mental e dar respostas locais, que promovam a saúde mental, previnam a doença mental e proporcionem recursos para gestão de doença mental quando existente.

O *n'Amora Bem* reconhece a importância da promoção da saúde mental para os indivíduos e para a comunidade no seu todo. A União Europeia, Portugal, a região de Lisboa, a península de Setúbal, a Câmara Municipal do Seixal e a Junta de Freguesia da Amora têm um importante papel a desempenhar na promoção da saúde mental e no desenvolvimento de estruturas comunitárias que promovam a saúde mental, previnam a doença mental e atuem como estruturas de suporte na gestão de casos de doença mental identificados.

O *n'Amora Bem* foi iniciado numa colaboração entre a NECSFA e o desenvolvimento de um projeto de doutoramento em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (com orientação da Professora Doutora Maria Isabel Guedes Loureiro), tendo sido desenvolvido entre 2009 e 2012 com o recurso a diferentes estruturas e organizações comunitárias da Freguesia de Amora.

O desenvolvimento do processo incluiu:

Revisão da literatura, envolvendo também a experiência adquirida em projetos de âmbito europeu de promoção da saúde mental (*“Monitoring positive mental health”* e *“Monitoring Mental Health Environments”*);

Análise das políticas europeias (CE, 2005), nacionais (Plano nacional de Saúde mental 2007-2016) e locais (em particular no trabalho desenvolvido no âmbito do movimento *Cidades Saudáveis* pela Câmara Municipal do Seixal), com um mapeamento das atuais estratégias políticas (Policies¹²) que promovem a saúde mental;

Identificação da informação relacionada com a saúde mental a nível local;

¹² Na língua inglesa a distinção entre *politics* e *policies* facilita a compreensão dos contextos de que falamos: o termo *politics* refere-se a uma intervenção política partidária, o termo *policies* refere-se ao desenvolvimento de estratégias de resposta às necessidades das comunidades.

Envolvimento das diferentes estruturas comunitárias governamentais e não-governamentais da Freguesia de Amora;

Realização de atividades de formação a elementos da comunidade;

Elaboração de um documento final para apreciação pelo NECSFA.

O *feedback* do NECSFA, da JFA e dos parceiros envolvidos no desenvolvimento deste *n'Amora Bem* foi integrado no processo de construção e é previsto que o desenvolvimento e a implementação sejam baseados na continuidade desta colaboração.

Interessa ainda que o próximo passo no desenvolvimento do *n'Amora Bem* envolva também os membros da comunidade com problemas de saúde mental, seus cuidadores e um maior número de prestadores de serviço locais.

2. PRESSUPOSTOS E VALORES DO N'AMORA BEM

A saúde mental é vivida de diferente forma, pelos diferentes grupos de uma população, em diferentes fases da vida (num *continuum* ao longo do ciclo vital). Os membros da comunidade movem-se entre boa saúde mental e má saúde mental também em consequência de factores relacionados com a saúde, que ultrapassam largamente aquilo que comumente se considera saúde (numa visão muito limitadora centrada nos serviços de saúde). Reconhecendo este *continuum* e os factores que causam impacto na saúde mental, o plano agora apresentado pelo NECSFA e pela JFA fundamenta-se nos seguintes pressupostos:

Pressuposto 1: Definição de saúde mental

A saúde mental é a personificação da vida social, emocional e bem-estar espiritual, na sua relação com a saúde em geral e com os estilos de vida adoptados no quotidiano de cada indivíduo. A saúde mental proporciona aos indivíduos a vitalidade necessária para a vida ativa, atingir metas e interagir uns com os outros num contexto de cidadania responsável e participada.

Pressuposto 2: Transversalidade da saúde mental

Ao estabelecer um quadro estratégico em promoção da saúde mental para a comunidade de Amora o documento *"Building up good mental health"* (Lethinen, 2008) fornece uma base útil para a compreensão da transversalidade da intervenção em promoção da saúde mental. Este documento orientador identifica a inclusão social, o combate à discriminação e à violência e o acesso a recursos económicos como os determinantes sociais e económicos da saúde mental e base para a intervenção. A

abordagem em promoção da saúde de uma comunidade identifica que ações podem ser centradas nos indivíduos, nas organizações e nos ambientes da comunidade (ambiente urbano).

Pressuposto 3: Um plano centrado na comunidade

Decorre dos dois primeiros pressupostos que o papel do NECSFA e da JFA na promoção da saúde mental deve incidir no desenvolvimento da capacidade de indivíduos, comunidades e organizações (*capacity building*) para: 1) Participar na mudança de ambientes sociais, económicos e físicos (urbanos) para melhorar a saúde e o bem-estar; 2) Apoiar o fortalecimento das competências e das aptidões dos indivíduos para alcançar e manter uma boa saúde mental;

Considerando o *continuum* da saúde mental e o do bem-estar, a intervenção do NECSFA é essencialmente situada numa estratégia preventiva e precoce no *continuum* ciclo vital.

Pressuposto 4: Priorização de intervenções

É prioridade, para o NECSFA e para a JFA, o desenvolvimento do acesso a serviços universais para todos os membros da comunidade (combate às desigualdades em saúde), facilitando parcerias com agências locais que forneçam reabilitação e serviços clínicos e de advocacia para apoiar uma boa saúde mental. Investe-se também na universalização dos serviços de saúde mental e bem-estar de apoio à comunidade, melhorando as condições sociais, os ambientes físicos e económicos que afectam a saúde mental das populações e dos indivíduos. A prioridade é aumentar os factores de proteção e reduzir os factores de risco.

Esta abordagem é coerente com o atual Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Uma compreensão da saúde mental da população permite ao NECSFA e à JFA identificar as necessidades de saúde mental para a toda a comunidade e as diferentes experiências dos seus membros com base na etapa do ciclo vital, no género, na cultura, e no estatuto socioeconómico.

Pressuposto 5: Saúde como bem de mérito

Como resultado, o foco do NECSFA neste *n'Amora Bem* será na prevenção e intervenção precoce de forma a aumentar os factores de proteção que mantem uma boa saúde mental na comunidade e restaurar a boa saúde mental nos estágios iniciais de surgimento de doença mental. Para fazer isso, o NECSFA irá utilizar a sua capacidade de afetar o alcance dos direitos sociais, estruturais, económicos e ambientais que afectam a saúde mental. O NECSFA também irá promover a

universalidade das intervenções, garantindo que os programas e as atividades previstas são acessíveis a toda a comunidade e que fortalecem a capacidade da população de diferentes faixas etárias para desfrutar de uma boa saúde mental e de bem-estar.

O quadro estabelecido para o *n'Amora Bem* será aplicável a partir de 2012 e os planos de ação anuais serão desenvolvidos em colaboração com as agências locais e elementos da comunidade, incluindo indivíduos e famílias confrontados com problemas de saúde mental.

3. PONTO DE PARTIDA: DIAGNÓSTICO RESUMO

O ponto de partida para o desenho do *n'Amora Bem* centrou-se Modelo *PRECEDER* / *PROCEDER* (Loureiro & Miranda, 2010), nomeadamente nas suas três primeiras fases: 1) avaliação social, 2) avaliação epidemiológica e 3) avaliação educativa e ecológica.

Com os resultados destas três avaliações foram elaborados dois quadros com os valores observados em 2011, em cada um dos indicadores previamente selecionados tendo sido refletidas as metas consideradas como resultado esperado do *n'Amora Bem*. O primeiro quadro (quadro VI.3.1) refere-se aos indicadores estruturais de saúde mental (Ozamiz *et al*, 2007) e o segundo quadro (quadro VI.3.2) aos indicadores relacionados com a saúde mental (MHI, SES, SoC, EVI, AUDIT) e ao IMC.

Nos quadros em apreço, pode ainda ser identificada a fonte da informação. Percebe-se, deste modo, a necessidade de recurso a fontes de informação muito variadas o que vai ao encontro de um trabalho de construção e partilha com uma larga variedade de estruturas locais, governamentais e não-governamentais (Minkler & Wallenstein, 2008), procurando evidenciar resultados que sejam sentidos como significativos pela comunidade (Isreal, 2000), diversificando as fontes de informação (George & Bennet, 2005).

Quadro VI.3.1: Ponto de partida: diagnóstico resumo relativo aos MMHE-31

(continua na página seguinte)

Indicador	Fonte dos dados	Valor observado (2011)	Meta (2015)
Orçamento em Promoção da saúde mental	Orçamento JFA (2011) Orçamento CMS (2011)	<0,2% (orçamento para a saúde em geral)	> 4 %

Cooperação intersectorial	Plano educativo CMS Diagnóstico Social CMS	(Consideraram-se as estruturas de ação social com cooperação transsectorial) Amora: 2 Cruz de Pau: 3 Fogueteiro: 2 Paivas: 0 Foros de Amora e Belverde: 2	Aumentar em 50% estruturas/projetos de cooperação intersectorial
Formação em saúde mental das áreas do serviço social e da educação	Questionário 2: Escolas	23,5 %	> 75%
	Questionário 3: Serviço social	75%	100%
Capacitação das mães após o parto	Questionário 1: População (pais há menos de 10 anos)	65,8%	>95%
	Plano de desempenho ACES Seixal-Sesimbra 2011	67,8%	>95%
Estruturas de apoio às crianças em idade pré-escolar	Questionário 1: População (pais há menos de 10 anos)	69,7%	>95%
	CMS (2011)	Amora: 12 Cruz de Pau: 7 Fogueteiro: 5 Paivas: 6 Foros de Amora e Belverde: 6	-
Promoção da saúde mental nas escolas	Questionário 2: Escolas	26%	> 50%
Aconselhamento a crianças em idade escolar	Questionário 2: Escolas	77%	> 95%
Suporte em saúde mental nas escolas	Questionário 2: Escolas	68,4%	> 80%
Programas de promoção da saúde mental no local de trabalho	Questionário 1: população (população activa)	61,2%	> 90%
Satisfação com o ambiente de trabalho	Questionário 1: população (população activa)	3 (3,37)	> 4 (1-5)
Programas de emprego apoiados	Questionário 2: NECSFA (Junta de freguesia da Amora)	n.d.	n.d.
Percentagem de pessoas sem trabalho	Questionário 1: população	14,5%	<10%
Estabilidade de emprego	Questionário 1: população (população activa)	62,2%	> 70%
Rendimento em situação de doença de longo prazo / deficiência	Questionário 1: população	85% em situação de doença de longo prazo com rendimento abaixo de 999 Euro contra 60,9% da população geral	<70% em situação de doença de longo prazo com rendimento abaixo de 999 Euro
Legislação laboral em promoção da saúde mental	Questionário 1: população	n.d.	-
Voluntariado	Questionário 1: população	15,9%	> 30%
Suporte social	Questionário 1: população	10 (9,73)	> 12 (1-14)
Grupos de auto-ajuda	Questionário 1: população	4,6%	10%
Estigmatização da doença mental	Questionário 1: população	2 (2,79)	<2

Diversidade e tolerância	Questionário 1: população	2 (2,64)	<2
		2 (2,79)	<2
Pobreza	Questionário 1: população	28%	<20%
Direitos do Homem	NECSFA (Junta de Freguesia da Amora)	n.d.	n.d.
Inclusão social	Questionário 3: serviço social	Amora: Sim Cruz de Pau: Sim Fogueteiro: Sim Paivas: Não Fors de Amora e Belverde: Não	Alargar programas de intervenção a todas as áreas urbanas da cidade
Segurança	Questionário 1: população	4 (3,86)	5 (1-5)
Espaços verdes	CMS (2011)	78540 m ² (que corresponde a 1,62 m ² de espaços verdes por habitante e a 0,28% da área total da freguesia)	Criação de corredores verdes entre os diferentes espaços verdes
Atividade desportiva	Questionário 1: população	39,9% da população tem atividade desportiva Média: 1,74 horas por semana 6,7% da população federada	>50% >2,5 horas >15%
	Junta de Freguesia da Amora	Amora: 3 Cruz de Pau: 2 Fogueteiro: 2 Paivas: 0 Fors de Amora e Belverde: 0	-
Acesso a clubes sociais, centros, etc. para idosos;	Questionário 1: população (Mais de 65 anos)	44,8%	>75%
	Junta de Freguesia da Amora	Amora: 1 Cruz de Pau: 2 Fogueteiro: 2 Paivas: 2 Fors de Amora e Belverde: 0	-
Percentagem de pessoas com mais de 65 anos envolvidos em formação ou educação	Questionário 1: população (Mais de 65 anos)	26,2%	>40%
	Junta de Freguesia da Amora	Amora: 1 Cruz de Pau: 0 Fogueteiro: 0 Paivas: 0 Fors de Amora e Belverde: 0	-
Acesso a visitas domiciliárias como medida de suporte para as pessoas idasas	Questionário 1: população (Maiores de 65 anos)	5,8%	>15%
	Serviços de saúde	n.d.	-
Pensões de reforma adequadas	Questionário 1: População (mais de 65 anos)	44% das pessoas com mais de 65 anos com rendimento abaixo de 500 Euro contra 25,6% da população geral	<35% das pessoas com mais de 65 anos com rendimento abaixo de 500 Euro
Percentagem de famílias nucleares que incluem pessoas idosas	Questionário 1: população	5,8%	10%

No quadro VI.3.2, referente aos indicadores relacionados com a saúde mental e ao IMC, interessa realçar a inclusão do AUDIT e do IMC. Estes dois indicadores, não

previstos numa fase inicial da IPBC, acabaram por ser incluídos pela manifestação da comunidade em conhecer a situação da população em relação a estes dois indicadores específicos. Enquanto o IMC foi proposto pelo NECSFA, considerando os níveis de obesidade que têm sido identificados em Portugal, em particular na população jovem (Sousa, 2011), a inclusão do AUDIT foi especificamente solicitada pelos bombeiros voluntários de Amora, como necessidade diagnóstica na execução do seu trabalho de voluntariado.

Quadro VI.3.2: Ponto de partida: diagnóstico resumo relativo aos indicadores relacionados com a saúde mental e ao IMC

Indicador	Fonte dos dados	Valor observado (2011)	Meta (2014)
Índice socioeconómico (SES – valor médio) (17- melhor nível socioeconómico a 82 – pior nível socioeconómico)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 50,50 Cruz de Pau: 52,96 Foguetreiro: 56,27 Foros de Amora e Belverde: 48,57 Paivas: 51,47 Total (Cidade): 51,61	<50
Saúde mental (MHI-5 – Valor médio) (0-100)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 72,33 Cruz de Pau: 71,87 Foguetreiro: 69,19 Foros de Amora e Belverde: 75,09 Paivas: 70,70 Total (Cidade): 72,20	> 75
Energia e vitalidade (EVI – Valor médio) (1-5)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 3,78 Cruz de Pau: 3,76 Foguetreiro: 3,67 Foros de Amora e Belverde: 3,79 Paivas: 3,71 Total (Cidade): 3,75	> 4
Sentido de Coerência (SoC – valor médio) (13-91)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 59,41 Cruz de Pau: 58,05 Foguetreiro: 55,34 Foros de Amora e Belverde: 62,45 Paivas: 58,98 Total (Cidade): 59,12	> 69
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT 5 – Valor médio) (0-20)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 1,83 Cruz de Pau: 1,83 Foguetreiro: 2,29 Foros de Amora e Belverde: 2,09 Paivas: 2,43 Total (Cidade): 2,02	<1
Índice de Massa Corporal (IMC – Valor médio)	Questionário 1: Formulário populacional	Amora: 26,14 Cruz de Pau: 25,46 Foguetreiro: 27,44 Foros de Amora e Belverde: 25,46 Paivas: 24,81 Total (Cidade): 25,78	<25

4. EIXOS DO N'AMORA BEM

Cumpridas as três primeiras fase do modelo *PRECEDER* / *PROCEDER* foi promovido o delineamento da intervenção (4ª fase) (Loureiro & Miranda, 2010). Este trabalho foi

realizado numa íntima parceria com o NECSFA e a JFA e considerou cinco passos fundamentais:

1. *Análise dos dados* da avaliação social, da avaliação epidemiológica e da avaliação educativa e ecológica;
2. *Identificação dos resultados esperados* mais significativos para a comunidade;
3. *Identificação dos eixos prioritários* de intervenção do n'Amora Bem;
4. *Definição dos objetivos* a atingir;
5. *Delineamento das ações*, integrando as individualidades e estruturas comunitárias a envolver e os recursos necessários.

Neste processo de construção do *n'Amora Bem* foram envolvidas as seguintes entidades e personalidades:

Pela *Junta de Freguesia de Amora*: Maria Odete Gonçalves, Manuel Araújo e Eunice Teixeira;

Pela *Câmara Municipal do Seixal*: Clarisse Guerreiro;

Pela *Cooperativa Nacional de Apoio ao Deficiente*: Celeste Costa;

Pelo *Instituto da Segurança Social - Serviço de Acção Social Local de Amora*: Isabel Antas;

Pelo *Centro de Assistência Paroquial de Amora*: António Figueiredo;

Pelo *Centro de Saúde Amora*: Cidália Martins;

Como *representante de Educação*: Idalina Oliveira.

O trabalho deste grupo de entidades e personalidades foram definiu seis eixos prioritários para uma intervenção com um espectro temporal de 2012 a 2015:

Eixo 1) Uma escola com saúde mental

Eixo 2) Uma comunidade ativa e segura

Eixo 3) Uma comunidade solidária e inclusiva

Eixo 4) Uma comunidade atenta

Eixo 5) Uma organização económico-laboral promotora de saúde mental

Eixo 6) Uma senioridade mentalmente saudável

O resultado pode ser observado nos quadros VI.4.1, VI.4.2, VI.4.3, VI.4.4, VI.4.5 e VI.4.6. Optou-se por uma definição de ações exequíveis, que facilmente se pudessem ancorar a trabalho já desenvolvido na comunidade, e que proporcionassem melhores resultados com um mínimo investimento, para além daquele que já vem sendo efetuado pelas estruturas governamentais e não-governamentais da Cidade de Amora e do município do Seixal, nomeadamente as atividades no âmbito do *Seixal Saudável*.

O desenvolvimento destes eixos seguiu as estratégias definidas por WHO (2004) para o desenvolvimento de políticas, planos e programas em promoção da saúde mental. Cada eixo, anteriormente definido considerando os resultados da IPBC, foi organizado por:

1. *Objetivos*, considerando em cada objetivo a(s) ação(ões) central(ais) a desenvolver;
2. *Outputs*¹³ e os *outcomes*¹⁴ para cada objetivo identificado;
3. *Tarefas-chave* para cada objetivo identificado;
4. *Responsáveis* por cada tarefa;
5. *Relação com outras estratégias locais*;
6. *Recursos* necessários;
7. *Limite temporal* para a execução de cada tarefa.

O n'Amora bem subentende ainda a necessidade de uma avaliação intercalar anual, com vista à identificação de desvios e à reorientação das ações.

Eixo 1 - Uma escola com saúde mental

Objectivo 1:	Aumentar o conhecimento da comunidade académica sobre saúde mental			
Ação	Formação integrada nas atividades do ano lectivo			
Output	Sítio n'Amora bem; Manual "saúde mental na escola"			
Outcome	90% dos professores com formação realizada e registo no sítio n'Amora Bem 60% dos não docentes com formação realizada e registo no sítio n'Amora Bem 30% dos pais e encarregados de educação com formação realizada e registo no sítio n'Amora Bem			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Formação em saúde mental dirigida a professores	NECSFA JFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Atividade física (parque da saúde) Seixal Saudável	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	Final do ano letivo 2013/2014
Formação em saúde mental dirigida a docentes	CSFA JFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Atividade física (parque da saúde) Seixal Saudável	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	Final do ano letivo 2013/2014
Formação em saúde mental dirigida aos pais e encarregados de educação	CSFA JFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Atividade física (parque da saúde) Seixal Saudável	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	Final do ano letivo 2013/2014
Objectivo 2:	Criar e aplicar um curriculum integrado para abordagem de temáticas de saúde mental			

¹³ Por output entende-se um instrumento/documento que fundamente e clarifique o desenrolar da ação.

¹⁴ Por outcome entende-se os resultados alcançados em termos de indicadores de saúde ou relacionados com a saúde (ganhos em saúde).

Ação	Utilização de um curriculum integrado para abordagens de temáticas de saúde mental (combate ao bullying, combate ao estigma e discriminação, competências pessoais e sociais)			
Output	Curriculum integrado			
Outcome	Promoção da saúde mental nas escolas: > 50% das escolas			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Propor curriculum integrado</i>	NECSFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Plano educativo	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	dezembro de 2012
<i>Negociar aplicação do curriculum</i>	NECSFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Plano educativo	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	junho de 2013
<i>Avaliar os resultados da aplicação do curriculum no ano letivo 2013/2014</i>	NECSFA Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Plano educativo CMS	Sítio n'Amora Bem Manual "saúde mental na escola"	dezembro de 2014
Objectivo 3:	Criar em cada organização escolar um GASME (Gabinete de Apoio em Saúde Mental)			
Ação	Criação de um GASME por agrupamento de escolas			
Output	Regulamento de funcionamento do GASME			
Outcome	Aconselhamento a crianças em idade escolar: > 95% das escolas Suporte em saúde mental nas escolas: > 80% das escolas			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Elaboração do regulamento do GASME</i>	ACESSS Agrupamentos de escolas José Carlos Gomes	Estratégia do ACESSS Plano educativo	Sítio n'Amora Bem Manual saúde mental na escola	Final do ano letivo 2012/2013
<i>Abertura de um GASME por agrupamento de escolas</i>	ACESSS Agrupamentos de escolas	Estratégia do ACESSS Plano educativo	Sítio n'Amora Bem Manual saúde mental na escola	setembro 2013
<i>Avaliação dos resultados do ano letivo 2013/2014</i>	ACESSS Agrupamentos de escolas	Estratégia do ACESSS Plano educativo	Sítio n'Amora Bem Manual saúde mental na escola	dezembro 2014

Eixo 2 - Uma comunidade ativa e segura

Objectivo 1:	Dinamizar a atividade física na comunidade			
Ação	Disponibilização de uma oferta desportiva à população em geral, criação de grupos com patologias específicas como a obesidade e diabetes e elaboração de um programa de atividade física que responda às expectativas e necessidades da população			
Output	Plano "n'Amora Bem com movimento"			
Outcome	>50% da população tem atividade desportiva Média:> 2,5 horas por semana (por amorente) >15% da população federada IMC médio da população <25			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Criar programa de atividade</i>	Nélson (JFA)	ACESSS Clubes	Parques e estruturas	dezembro 2012

<i>física para obesos</i>		desportivos	desportivas	
<i>Criar programa de atividade física para diabético</i>	Nélson (JFA)	ACESSS Clubes desportivos	Parques e estruturas desportivas	dezembro 2012
<i>Alargar frequência de participação</i>	Nélson (JFA)	Câmara Municipal do Seixal	Parques e estruturas desportivas	dezembro 2014
Objectivo 2:	Dinamizar o voluntariado			
Ação	Criação de um banco de voluntariado (horas, serviços)			
Output	Formalização da estrutura <i>banco de voluntariado</i>			
Outcome	Amorenses envolvidos em voluntariado superior a 30%			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Criar o banco de voluntariado</i>	Helena Araújo (JFA)	Instituto de Segurança Social Criar-T CES Viver	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	dezembro 2012
<i>Avaliação dos resultados</i>	Helena Araújo (JFA)	Instituto de Segurança Social Criar-T CES Viver	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	dezembro 2014
Objectivo 3:	Dinamizar ações de proximidade			
Ação	Identificação dos pontos críticos pelas forças de segurança			
Output	Relatório com locais mais inseguros e pontos críticos de segurança rodoviária			
Outcome	Sentimento de segurança 5 (1-5)			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Identificar os locais mais inseguros</i>	Horácio Cardoso (JFA)	PSP Cruz de Pau	Mapa cidade de Amora	junho 2013
<i>Identificar os pontos críticos de segurança rodoviária</i>	Horácio Cardoso (JFA)	PSP Cruz de Pau	Mapa da rede viária cidade de Amora	junho 2013

Eixo 3 - Uma comunidade solidária e inclusiva

Objectivo 1:	Combater o estigma relacionado com a saúde mental			
Ação	Disponibilização de informação sobre saúde/doença mental			
Output	Artigos, brochuras e folhetos sobre saúde mental			
Outcome	Estigma doença mental <2 (1-7)			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Escrever e publicar, nos meios de comunicação da JFA, notícias sobre saúde mental</i>	Ana Sofia Vera Palaio	Associações de saúde mental nacionais	Sítio da JFA Sítio <i>n'Amora Bem</i>	Final do <i>n'Amora Bem</i>
<i>Disponibilizar informação, através de brochuras e folhetos, sobre saúde mental</i>	Ana Sofia Vera Palaio	Associações de saúde mental nacionais	Folhetos Brochuras	Final do <i>n'Amora Bem</i>
Objectivo 2:	Combater o estigma étnico e social			
Ação	Dinamização da atividade das organizações não-governamentais (apoio social e inclusão social)			

Output	Rede para a inclusão social			
Outcome	Estigma <i>etnia</i> <2 (1-7) Estigma <i>estrangeiro</i> <2 (1-7)			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Criação de uma rede para a inclusão social</i>	Associações não-governamentais NECSFA	Atividade física (parque da saúde) Seixal Saudável	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	Final do <i>n'Amora Bem</i>
Objectivo 3:	Melhorar formação em saúde mental para técnicos de intervenção social			
Ação	Promoção de formação na área da saúde mental			
Output	Encontros <i>n'Amora Bem</i>			
Outcome	TSSS com formação na área da saúde mental: 100%			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Encontro/simpósio sobre saúde mental</i>	NECSFA José Carlos Gomes	NE JFA	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	2013
<i>Ações de formação sobre saúde mental</i>	NECSFA José Carlos Gomes	Instituto de Segurança Social	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	Final do <i>n'Amora Bem</i>

Eixo 4 - Uma comunidade atenta

Objectivo 1	Dinamizar grupos da população que acompanhem determinadas áreas			
Ação	Criação grupo <i>vigilantes do ambiente</i>			
Output	Grupo <i>vigilantes do ambiente</i>			
Outcome	Suporte social >12 (OSS 3)			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Ação de formação de vigilantes do ambiente</i>	Horácio Cardoso (JFA)	Banco de voluntariado Rede de inclusão social	Sítio <i>n'Amora Bem</i> Espaço na JFA	dezembro 2012
<i>Criar brigadas de vigilantes do ambiente</i>	Horácio Cardoso (JFA)	Banco de voluntariado Rede de inclusão social	Sítio <i>n'Amora Bem</i> Espaço na JFA	junho 2013

Eixo 5 - Uma organização económico-laboral promotora de saúde mental

Objectivo 1	Apoiar o desenvolvimento de promoção de saúde mental nas empresas			
Ação	Advocacia da promoção da saúde mental nas empresas			
Output	Manual "saúde mental, emprego e produtividade"			
Outcome	Programas de promoção da saúde mental no local de trabalho: >90% dos locais de trabalho			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
<i>Elaboração de um manual saúde mental/emprego e produtividade dirigido a empresários</i>	NECSFA Empresas locais	<i>Escola de cidadãos</i> Banco de voluntariado	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	dezembro 2013
Objectivo 2:	Apoiar os trabalhadores na criação de estratégias conciliadoras entre vida			

	profissional, social e familiar			
Ação	Criação da <i>escola de cidadãos</i>			
Output	<i>Escola de cidadãos</i>			
Outcome	Suporte social > 12 (OSS 3) 5% da população ativa frequenta a <i>escola de cidadãos</i>			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Criação da Escola de cidadãos	NESCFA Agrupamentos de escola JFA	Plano educativo Seixal Saudável	Sítio <i>n'Amora Bem</i> Espaço na JFA	dezembro 2014
Objectivo 3:	Garantir o acompanhamento das situações de desemprego			
Ação	Identificação e acompanhamento das situações de desemprego			
Output	Relatórios anuais sobre evolução do mercado de trabalho			
Outcome	Desempregados <10% da população ativa			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Criação do Grupo de acompanhamento das situações de desemprego	NECSFA	Instituto de Segurança Social IEFP	Sítio <i>n'Amora Bem</i>	Final do <i>n'Amora Bem</i>

Eixo 6 - Uma senioridade mentalmente saudável

Objectivo 1:	Combater o isolamento das pessoas idosas			
Ação	Identificação das necessidades e de respostas para combater o isolamento das pessoas idosas			
Output	Plano de intervenção para o combate à solidão das pessoas idosas <i>Programa befriending</i>			
Outcome	Acesso a clubes sociais e centros para idosos: >75% Percentagem de pessoas com mais de 65 anos envolvidos em formação ou educação: >40% Acesso a visitas domiciliárias como medida de suporte para as pessoas idosas: >15% Percentagem de famílias nucleares que incluem pessoas idosas: >10%			
Tarefas chave	Responsáveis	Relação com outras estratégias locais	Recursos	Fim
Identificar os idosos que vivem sozinhos	JFA NECSFA Inês Paiva (JFA)	Instituto de Segurança Social Associações de idosos e reformados Universidade sénior	PSP Cruz de Pau	dezembro de 2012
Elaborar diagnóstico de necessidades destes idosos	JFA NECSFA Inês Paiva (JFA)	Instituto de Segurança Social Associações de idosos e reformados Universidade sénior	-	junho de 2013
Programa de visitas e suporte social befriending	JFA NECSFA Inês Paiva (JFA)	Instituto de Segurança Social Associações de idosos e reformados Universidade sénior	Bolsa de voluntários	dezembro de 2013
Reforçar o programa de apoio a idosos	Inês Paiva (JFA)	PSP Cruz de Pau	-	dezembro de 2013

Anexo XI

Atividades de apoio ao desenvolvimento da tese

ACTIVIDADES DE SUPORTE AO DESENVOLVIMENTO DA TESE

Todo o trabalho desenvolvido, direta ou indiretamente, no projeto “*Monitoring Mental Health Environments*” – MMHE, No 2006131, permitiu o desenvolvimento de um trabalho teórico e conceptual da problemática em estudo.

Assim, a equipa em que estivemos incluídos elaborou um manual “*Building up good mental health*” que mais não é do que um documento de trabalho que procura sintetizar todo o conhecimento e evidência existente na área da promoção da saúde mental e das políticas de saúde mental, para o qual contribuímos ativamente.

Reconhecendo o valor do trabalho realizado, procedeu-se á tradução do manual supracitado para português e propôs-se à Escola Nacional de Saúde Pública a sua publicação em português.

Para além deste trabalho estivemos ainda intensamente envolvidos na elaboração dos relatórios “*Structural indicators of Environmental Factors impacting mental health: Scoping seventeen European regions*” e “*Policy report*” e dos templates “*Structural Mental Health Indicators*” e “*Mental Health Policy Planning*” e ainda da “*Declaração de Sankelmark*”.

A tradução de partes do sítio na internet www.mmhe.eu, página oficial do projeto, esteve também a nosso cargo, bem como a garantia de qualidade do projeto, que exigiu, também, um trabalho de permanente acompanhamento e monitorização.

Foram ainda apresentadas as seguintes comunicações relacionadas com a temática em estudo na tese:

“Promoção da saúde mental em espaço urbano” (Jornadas do Hospital de Santo André, Leiria, 31 de Outubro de 2008)

“A parte e o todo...” (Jornadas dos alunos da ESSLei, Leiria, 8 de Maio de 2009)

“Para uma vida no “alto mar”” (Grupo de Ação Comunitária, Hospital de Santa Maria, Lisboa, 14 de Maio de 2009)

“No aquário ou no alto mar” (Congresso da CERCILEI, Leiria, 6 de Junho de 2009)

“Dia Mundial da Saúde Mental” (Hospitais da Universidade de Coimbra - Administração Regional de Saúde do Centro, Coimbra, 10 de Outubro de 2009)

“Sankelmark declaration for mental health promotion policies in the European regions” (EU Policy Forum, Sankelmark, Germany, September 16, 2009).

“Mente(s) e Cidade(s): O caminho entre Mim, a minha casa e o meu trabalho, passando pelo parque...” (14as Jornadas de Saúde Mental do Algarve, Hotel Tivoli Carvoeiro, 28 a 30 de abril de 2010)

Capital Social e Envelhecimento (Jornadas “Unidose na geriatria”. Centro Social Paulo VI, Fátima, 6 de Maio de 2010).

Promoção da Saúde Mental: O “Novo” desafio da Saúde Pública (Questões Emergentes em Saúde Mental Comunitária - II Encontro de Saúde Mental Comunitária do GAC - Grupo de Acção Comunitária, Auditório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 20 a 21 de Maio de 2010)

Solidão e saúde mental na pessoa idosa (I Jornadas da SCMMG, Centro Empresarial da Marinha Grande, 28 de Maio de 2010).

Saúde mental no ciclo vital (III congresso internacional da SPESM, Barcelos, 26 a 29 outubro 2010).

Foi ainda possível publicar os seguintes documentos relacionados com a temática em estudo:

Loureiro, I; **Gomes, JC**; Santos, MJ; Dias, L (2011). A Investigação participada de base comunitária na construção da saúde. Projecto de capacitação em promoção da saúde – PROCAPS: resultados de um estudo exploratório. INSA, IP: Lisboa. ISBN: 978-972-8643-56-0.

Gomes, J.C.; Cravo, L.; Gaspar, P. (2010) - Projecto “Pensar saudável, Viver Saudável”: uma (boa) prática de educação para a saúde baseada na formação pelos pares (2010) in Pereira, H. et al (ed.) Educação para Saúde, Cidadania e desenvolvimento sustentado. Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior: Covilhã. ISBN: 978-989-96996-0-1 [Project “Think Healthy, Live Healthy”: a (good) practice of health education based on peer training]

Gomes, J.C. (2010) - Saúde mental no ciclo vital. In Sequeira, C.; Sá, L (ed.) Do diagnóstico á Intervenção em Saúde Mental. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental: Porto. ISBN: 978-989-96144-2-0 [Mental health in the life cycle]

Ozamiz, J.A; Aguirregabiria, A; Loureiro, I; Harris, R.; Nichols, J.; Ortiz, A; Huemme, E; Luetjen, R.; **Gomes, J.C.**; Hulls, S; Schneider, J. (2007). Structural indicators of positive mental health. in Lavikainen, Juha; Fryers, Tom; Lehtinen, Ville (Eds.) “Improving Mental Health Information in Europe: Proposal of the MINDFUL project”. EU, MINDFUL, STAKES: Helsinki. ISBN:978-951-33-1913-7

O Doutorando participou ainda nas Steering Committee Meetings do projeto MMHE onde esteve responsável pela garantia de qualidade do projeto apresentando, monitorizando e adequando o plano de avaliação (Bilbao, Espanha, Novembro de 2007; Kellokosky, Finlândia, Maio de 2008; Manchester, Reino Unido, Novembro de 2008; Lisboa, Portugal, Junho de 2009, Sankelmark, Alemanha, Setembro de 2009).

A rede de contactos tem sido uma das bases do trabalho desenvolvido desde o início do trabalho de doutoramento. Para além de incluir uma personalidade estrangeira na nossa comissão tutorial foram formalizados contatos com **Antonio Bulbena** - Director of the Institute of Psychiatric Attention, IMAS – IAPS, **Dobnik Bogdan** - Social Worker, **Benedikt Muller-Lucks** - Consultant for mental health, Ministry for social affairs, health, families, youth and senior citizens, **Danijela Savic** - nurse - fellow researcher Institute of Public Health of Belgrade, **Dobnik Bogdan** - Social Worker, **Dr. Gravelat** - Medecin Inspecteur Regional, **Dusica Lecic Tosevski** - Director, Institute of Mental Health Serbia, **Elisabeth Mueller-Heck** - Head of unit *mental health, health promotion health education (in schools)* Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport Berlin (Ministry of Education, Youth and Sport of the Land Berlin), **Jo Nurse** - Consultant in Public Health, National Lead for Public Mental Health and Well-Being, & responsibility for Excess Summer and Winter Deaths, Department of Health, England, **Jose Antonio De la Rica** - Director of Mental Health in Osakidetza (the Basque public health service) , - Senior Consultant: Strategic Partnerships & Programme Development Public Mental Health, Maria João Heitor dos Santos - **Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge**, **Maritta Vuorenmaa** - Dr. - Development Manager, STAKES/Satellite Office, **Martin Rogan** - Ass National Director with Responsibility for Mental Health, Health Service Executive,

Michael Witte - Director Neuhland e.V., Hilfen für suidgefährdete Kinder und Jugendliche (Advice and Counselling Centre for vulnerable children and young people with suicidal problems), Mirella Rigelli - **Università di Verona**, **Monica Machowska** - Chief Development Department, Babinski Hospital, **Nadja Čobal** – Secretary, Slovenian Ministry of Health, **Neil Johnson** - Public Mental Health Lead (North East), Government Office for the North East/NIMHE North East, Yorkshire and Humber, **Ognjen Brborovic** - University of Zagreb, School of Public Health “dr. Andrija Štampar”, Department of Social Medicine and Organization of the Health Services

A participação no projeto Monitoring Mental Health Environments - MMHE, No 2006131” permitiu a criação de contatos estruturados e continuados com Valeria Garcia Landarte (Deusto University, Spain); Jude Stansfield (NIMHE CSIP, UK); Kathy Roberts (Mental Health Matters, UK); Kam Dhillon (Mental Health Foundation, UK); Wolfgang Arnhold (Brücke Rendsburg-Eckernförde e.V, Germany); Igor Krampac (Regional Public Health Institute Maribor, Slovenia); Olivera Stanojevic (Regional Public Health Institute Maribor, Slovenia); Eija Stengård (WHO CC, STAKES, Finland); Nina Jutila (WHO CC, STAKES, Finland); Vappu Taipale (WHO CC, STAKES, Finland) e Ville Lehtinen (WHO CC, STAKES, Finland).